

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE LEITAO BESERRA**

Nº Sinistro: **3180522323**

Vítima: **FELIPE LEITAO BESERRA**

Data do Acidente: **03/12/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOKARLA DIOGO LEITAO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180522323**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13616549



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180522323

Vítima: FELIPE LEITAO BESERRA

Data do Acidente: 03/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FELIPE LEITAO BESERRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento  
Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13619007



---

**Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180522323**

**Vítima: FELIPE LEITAO BESERRA**

**Data do Acidente: 03/12/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FELIPE LEITAO BESERRA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>FELIPE LEITÃO BESERRA</b>		CPF titular da conta <b>046.731.943.06</b>	Profissão <b>AUTÔNOMO</b>
Endereço <b>CEL. JOBIAS</b>		Número	Complemento
Bairro <b>SÃO JOSÉ</b>	Cidade <b>ENATEÚS</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>63.700-000</b>
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0747** D/V ☐ CONTA NRO. **024509** D/V ☐  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome  NRO   
AGÊNCIA NRO.  D/V ☐ CONTA NRO.  D/V ☐  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**ENATEÚS** 31 de 10 de 2018  
Local e Data

**Felipe Leitão Beserra**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 1474 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/04/2018 11:12:30**Data / Hora da Ocorrência: **03/12/2017 16:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA CORONEL TOBIAS**

Complemento:

Bairro: **SÃO JOSÉ**Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FELIPE LEITÃO BESERRA**Nascimento: **13/11/1991** CPF: **046.731.943-06**RG: **20071163993**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **VERA LÚCIA LEITÃO BESERRA****JOSÉ MARIA SOARES BESERRA**Endereço: **RUA CORONEL TOBIAS, 356**Bairro: **SÃO JOSÉ**Município: **CRATEUS/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 3691-5991****Noticiante(s)**Nome: **JOSE MARIA SOARES BESERRA**Nascimento: **08/04/1957** CPF: **047.680.908-85**RG: **2002099061373**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **ODILIA SOARES BESERRA****ESPEDITO BESERRA DE SOUZA**Endereço: **RUA CORONEL TOBIAS, 356**Bairro: **SÃO JOSE**Município: **CRATEUS/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 3691-5991****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HWQ6987** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:**9C2KC08504R005463** Renavam: **834091437** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** AnoFabricação: **2004** Ano Modelo: **2004** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **JOSE MARIA SOARES BESERRA** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADOS, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, E QUE NA OCASIÃO DOS FATOS, LEVAVA NA GARUPA O SEU FILHO FELIPE LEITÃO BESERRA. RELATA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU QUANDO SEGUIA NA RUA FREI VIDAL DA PENHA, E NO MOMENTO EM QUE FEZ UMA CONVERSÃO A ESQUERDA PARA ENTRAR NA RUA CORONEL TOBIAS, FOI COLHIDO POR UM CARRO DE COR PRETA, PLACA NÃO ANOTADA, QUE ACERTOU A TRASEIRA DA SUA MOTOCICLETA, CAINDO AMBOS AO SOLO. QUE O CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, NÃO SENDO POSSÍVEL IDENTIFICÁ-LO. RELATA

*Handwritten signature*  
Escritório de Polícia Civil  
Mat: 404574-1-0



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 1474 / 2018

QUE DO ACIDENTE SOFREU APENAS LEVES ESCORIAÇÕES, NO ENTANTO O SEU FILHO RESTOU LESIONADO COM UM CORTE NA COXA E JOELHO ESQUERDO. O PRÓPRIO DECLARANTE SOCORREU SEU FILHO PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS NESTA CIDADE, APRESENTANDO CÓPIA DO REFERIDO ATENDIMENTO MÉDICO NESTE ATO. APRESENTA COMO TESTEMUNHA DO ACIDENTE A PESSOA DANILTON BESERRA FERREIRA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE MARIA S. BESERRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

X Felipe Leito Beserra

X Danilton Beserra Ferreira

1) Placa: HW06887 UF: CE Município: CRATEUS Classe: 35400243 Renavam: 834001437 Tipo de Veículo: MOTOCICLETA Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES Ano: 2004 Ano Modelo: 2004 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: JOSE MARIA SOARES BESERRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLÍSSO

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA INFORMADOS SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA E QUE NA OCASIÃO DOS FATOS, LEVAVA NA GARUA O SEU FILHO FELIPE LEITO BESERRA. RELATA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU QUANDO SEGUIA NA RUA FREI VIDAL DA PENHA E NO MOMENTO EM QUE FEZ UMA CONVERSÃO A ESQUERDA PARA ENTRAR NA RUA CORONEL TOBIAS, FOI COLHIDO POR UM CARRO DE COR PRETA, PLACA NÃO ROTADA, QUE ACERTOU A TRASEIRA DA SUA MOTOCICLETA, CAINDO AMBOS AO SOLO. QUE O CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, NÃO SENDO POSSÍVEL IDENTIFICÁ-LO. RELATA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <b>FELIPE LEITÃO BERNARDO</b>	CPF da Vítima <b>046.731.94306</b>	Data do Acidente <b>03/12/2017</b>
--	---------------------------------------	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**Local e Data**  
**CRATEUS, 31 de 10 de 2018**

**Felipe Leitão Bernardo**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
CRATEUS - CE  
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037272 Atendimento 0019 Nome do Paciente FELIPE LEITAO BESERRA  
Documento(s) Identidade: 20071163993  
Data de Nascimento 13/11/1991 Local CRATEUS/CE  
Pai JOSE MARIA SOARES BESERRA  
Endereço RUA CEL TOBIAS, 356  
Profissão ESTUDANTE  
Responsável VERA LUCIA LEITAO BESERRA  
CNS 162551591170003  
Estado Civil Outro  
Sexo Masculino  
Idade 24 Ano(s)  
Mae VERA LUCIA LEITAO BESERRA  
Bairro SAO JOSE  
CEP 63700-000 Município CRATEUS  
Conjuge TAIS RODRIGUES MACEDO  
CPF do Responsável Endereço RUA CEL TOBIAS, 356  
Município CRATEUS UF CE  
Telefone 88 36915991

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/12/2015 Hora 17:02 Convênio SUS  
Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS  
Indicador de Acidente  
Metrícula CID  
CRM/UF 6253/CE  
Funcionário VIVIANE BARBOSA LIMA  
Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO

Observação

Sala

Data/Hora Liberação

às hs.

Tipo de Saída

( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

R (mpm)

PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

paciente c/ les. Contato - Coxo  
⊕ tipo Amarelho e Corte  
divido le (quedo não) Sin.  
ATO OPERATORIO  
Lupize e Cuidado + Sutura

Gilvan Melo Marques  
MÉDICO  
CREMEC 10784

FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: VERA LUCIA LEITAO BESE






ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS/CE

## **CERTIDÃO**

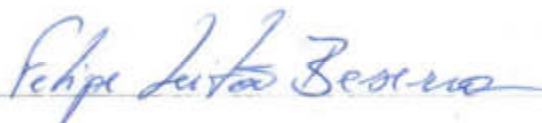
**JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO**, Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 404.574-1-0, lotado no Departamento de Polícia do Interior, com serviço nesta Delegacia Regional de Crateús, no uso de suas atribuições legais, etc...,

**CERTIFICO**, a requerimento verbal da parte interessada, que nesta data compareceu a esta Delegacia Regional de Crateús, Felipe Leitão Beserra, vítima de acidente de trânsito, a qual informou que no Boletim de Ocorrência nº 445-1474-2018, registrado nesta Delegacia Regional de Crateús-CE, por este escrivão subscritor, foi inserido a data do acidente errada, conforme documentação do Hospital São Lucas. Onde se lê "03.12.2017", leia-se "03.12.2015". O referido é verdade. Dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Crateús, aos 20 de julho de 2018.

  
**José Hilton Alves Sampaio**  
**Escrivão de Polícia Civil**  
**Mat. 404.574-1-0**

Requerente:



## Nº DO CLIENTE

81794

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 545455153

Rota 09 35000 01 336000 - 4 Data de Emissão 15/10/2018

Nome VERA LUCIA LEITAO BESERRA

End. Postal RU CEL TOBIAS 00356

SAO JOSE - CRATEUS - 63700000

Medidor 1189750

Posto 0000 A18W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 244850121-15

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência Out/2018  
Data da Apresentação 15/10/2018  
Previsão Próxima Latura 13/11/2018

## ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto 99,12  
Mês Out/2018 99,12

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) 99,12  
Alíquota 27,00%  
Valor do Imposto 26,76Padrão Individual  
Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual  
DIC 5,55 11,18 22,21 0,00 0,00 0,00  
FIC 3,23 6,47 12,95 0,00 0,00 0,00  
DMIC 12,20 0,00 0,00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DÉBITO: 118,7401.2800.1119.507F.0000.5700

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 1268	1149	1,00	119	0,30	119	0,83300	99,12
15/10/18	14/09/18		31 D148		119		99,12

## DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	99,12
MULTA MORATORIA REF 07/2018	1,74
JUROS DO MES	0,25
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,86
DOACAO LBV - TEL 0800 055 5099 1/1	12,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (-R\$ 9,14)	

VENCIMENTO 25/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 120,97

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	35,30
Transmissão	4,76
Distribuição	28,11
Encargos Setoriais	0,99
Tributos (ICMS FISC/COFINS)	34,56
TOTAL	99,12

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

135	119	116	112	106	131	126	146	115	135	194	150	160
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica (NCO)

46,46

0,00

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 7,86 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,29% e COFINS: 6,53%  
LACTA - P. 9. 2005 - 100. 2005 - 100. 2005 - 10. 437. 00 e 10. 437. 00Bandeira vermelha manter 2 em out-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh  
quilowatt-hora. Informações: www.eneel.gov.br

Nº do Cliente: 81794

Referência: Out/2018

Data de Emissão: 15/10/2018

Total a Pagar (R\$): 120,97

**4295380-4**  
Para saber mais sobre o Enel, visite o site  
sempre que estiver em conexão com a internet.

Enel Brasil S.A. - Companhia Energética do Brasil  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.291/0001-70 | CCEP 06.105.849-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 515520919  
Nota 01 38000 03 274001 - 9 Data de Emissão 02/03/2018  
Nome KARLA DIOGO LEITAO  
End. Postal RU UBALDINO SOUTO MAIOR 01087  
SAO VICENTE - CRATEUS - 63700000  
Medidor 5044153 Poste 0000 0000  
Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 04- 0.5.0.A MONOFASICO  
RG/CPF/CNPJ 057883143-05 CGF  
Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	Conjunto	Mês	EIQR
Mar/2018	02/03/2018	02/04/2018	CRATEUS	Jan/2018	31,06
DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Base de Cálculo (Wh)	Alíquota	Valor do Imposto	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento
58,71	27,00%	15,65	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento	Índice de Qualidade do Fornecimento
ÁREA RESERVAÇÃO CONTROLE FISCAL			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
INFORMAÇÕES SOBRE O NATURALMENTO DO CONSUMO			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
FP 16049	15564	1.00	85	0,00	85
02/03/18	01/03/18	29 DÍG	85	0,00	85
VALOR CONSUMO DO MES			VALOR CONSUMO DO MES		
HULTA MORATORIA REF 12/2017			HULTA MORATORIA REF 12/2017		
JUROS DO MES			JUROS DO MES		

VENCIMENTO	20/03/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	62,03
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	19,49	134	85
Perdas	2,00	129	138
Distribuição	12,40	150	168
Encargos Setoriais	4,40	141	144
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	18,44	151	140
TOTAL	58,71	135	111
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh)		CONCILIÂNCIA ECOLÓGICA (NCO <sub>2</sub> )	
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emissão kg (CO <sub>2</sub> )	36,74	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	0,00
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO		CONTAS EM ATRASO	
Aviso		DEBITOS ANTERIORES	
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA		Mes Ant	
Prezado Cliente, constam em nossos controles contábeis em atraso.		02/2018	
Segue o detalhamento do débito, o não pagamento da dívida implica		Total	
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia por 15 dias			
após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414-10, Arts.			
172 e 173, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção			
ao crédito e caráter de protesto. Caso já tenha efetuado o pagamento,			
favor desconsiderar o aviso.			
Consta desta fatura R\$ 12,55 referente a PIS e COFINS (Alíquotas: PIS:0,79% e COFINS:0,64%)			
Para o Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com			
quitação vencidas até 30/12/2017, conforme a Lei N. 12.087/2009. Esta declaração substitui			
quitações anteriores.			

Nº do Cliente: 4295380-4 Referência: Mar/2018  
Data de Emissão: 02/03/2018 Total a Pagar (R\$): 62,03  
Nº da Nota Fiscal: 515520919 Nº de Controle: 0004295380 00083 39062 27  
83810000000-0 62030031000-8 00042953800-6 00833906287-3



**CARTORIO CAVALCANTE**  
3ª Cilha Acordo de Trânsito  
Paulana Candido  
Escrevente

Veículo: Honda / CG 150 Titan ES  
Modelo: 2004  
Ano: 2004  
Placa: HWB-6987  
Chassi: 1C2K08504R005463  
Data do Acidente: 03/12/15  
Local e Data: Ribeirão Preto

Yoshitaka S. Bishara

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

**Cavalante**  
Lúcia, 569  
de: 389-1-0194  
CRATEUS - CEIRA

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade.

Dou fé CRATEUS-CE.

Em Test. \_\_\_\_\_  
O 6 SET 2017  
da Verdade.

Ayres Cavalcanti  
Silvânia Barreto Cavalcante  
Cavaliere Barreto Cavalcante  
Melbena Cardozo Barros Pimental

CG750153

SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



**MABEL BEZERRA**  
**FISIOTERAPIA**

**Dra. Mabel Bezerra**  
**Fisioterapeuta**  
**CREFITO - 6617 - LTF**  
**(88) 9 96007432**

### **Relatório Fisioterapêutico**

Relato para os devidos fins que a paciente **FELIPE LEITÃO BESERRA** vítima de acidente automobilístico no dia 03/12/2015, veio a sofrer trauma em perna esquerda. Foi realizada avaliação e ficou evidenciado bloqueio das articulações do joelho, metatársicas e metatársicas falangeanas, edema residual, atrofia muscular de tibial anterior e músculos intrínsecos do pé. Foi realizado tratamento fisioterapêutico: Tens com finalidade analgésica, Ultrassom para desinflamação e reparação tecidual, cinesioterapia passiva e ativa para ganho de amplitude e força, laserterapia para cicatrização tecidual.

Foram realizados 30 (trinta) atendimentos especializados para reabilitação da região acometida no período de agosto a setembro de 2017.

Crateús, 23 de março de 2016.

Conceição Mabel Bezerra da Silva

Conceição Mabel Bezerra da Silva  
Fisioterapeuta  
CPF: 031.358.733-74

Conceição Mabel Bezerra da Silva  
Fisioterapeuta  
CREFITO. 6617 - LTF

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
CRATEUS - PE  
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037272 Atendimento 0019 Nome do Paciente FELIPE LEITAO BESERRA  
Documento(s) 162551591170003 Guia de Autorização  
Identidade: 20071163993 Estado Civil Outro Sexo Masculino  
Data de Nascimento 13/11/1991 Local CRATEUS/CE Idade 24 Ano(s)  
Pai JOSE MARIA SOARES BESERRA Mãe VERA LUCIA LEITAO BESERRA  
Endereço RUA CEL TOBIAS, 356 Bairro SAO JOSE CEP 63700-000 Município CRATEUS  
Profissão ESTUDANTE Empresa Conjuge TAIS RODRIGUES MACEDO UF CE Telefone 88 36915991  
Responsável VERA LUCIA LEITAO BESERRA CPF do Responsável Endereço RUA CEL TOBIAS, 356 Município CRATEUS UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/12/2015 Hora 17:02 Convênio SUS Matricula CID  
Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS CRM/UF 6253/CE Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO  
Indicador de Acidente Funcionário VIVIANE BARBOSA LIMA  
Observação  
Sala Data/Hora Liberação às hs Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito  
Sinais Vitais  
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

paciente c/ les. contuse nox  
⊕ tipo Amarelhos e Corte  
divido be queda noq/sin  
lupize e. Cuidado + Sutura

CRIMEC 10784  
MEDICO  
Gilvan Melo Marques

FRANCISCO ELANILDO MARTINS - CRM: 6253

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: VERA LUCIA LEITAO BESE



33  
12  
2215

Dr. Gilvânio Melo Marques  
CRM: 10784

3) 85800

Paulo

Histórico / Motivo /

Relatório

Felipe de Araújo

Nome do Paciente

UPA Dr. Olavo  
Cavalcante Cardoso  
ADMINISTRAÇÃO  
SACAMILLO

RECEITUÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARROSA DE SOUSA

 **Felipe Leito Beserra**



*Felipe Leito Beserra*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007116399 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/05/2008

NOME  
**FELIPE LEITÃO BESERRA**

FILIAÇÃO  
**JOSÉ MARIA SOARES BESERRA**  
**VERA LÚCIA LEITÃO BESERRA**

NATURALIDADE  
**CRATEÚS - CE**

DATA DE NASCIMENTO  
**13/11/1991**

DIG. ORIGEM  
**CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:21167 FOLHA:047V**  
**LIVRO:A 21 CRATEÚS - CE**

CPF

1 VIA

  
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 36

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
Número  
**046.731.943-06**  
Nome  
**FELIPE LEITAO BESERRA**  
Nascimento  
**13/11/1991**  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**E09D.C1FF.702A.9BB0**  
A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
**www.receita.fazenda.gov.br**  
Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 15:08:32 do dia 15/02/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007190437 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/09/2008

NOME  
**JOKARLA DIOGO LEITÃO**  
 FILIAÇÃO  
**JOSÉ CARLOS LEITÃO**  
**BALBINA SÔNIA DIOGO LEITÃO**  
 NATURALIDADE  
**CRATEÚS - CE**  
 DATA DE NASCIMENTO  
**18/02/1992**  
 DOC ORDEM  
**CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 15555 FOLHA: 167**  
**LIVRO: A 14 NOVA RUSSAS - CE**  
 P.: 36  
 LÉI Nº 7.116 DE 2006/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

**Polícia Dista**

**Jokarla Diogo Leitão**  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REAL SENECOS

Cartão de uma pessoa e intransferível.  
 Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

MAR/2010

**CORREIOS**

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição  
**057.883.143-05**  
 Nome  
**JOKARLA DIOGO LEITAO**  
 Nascimento  
**18/02/1992**

*Proc*

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS  
DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu ( nome completo) ROKANA DIOGO LEITÃO  
, ( nacionalidade) BRASILEIRA, ( profissão) ESTUDANTE, portador da  
cédula de identidade RG nº 2007180437-3, emitido pela SSP / (UF) CE,  
inscrito sob o CPF nº 057883-143-05, residente na ( endereço  
completo) UBALDINO SOUTO MAIOR, na cidade de  
CRATEÚS, ( UF) CE, CEP 63700-000, nomeio e constituo  
meu procurador, ( nome do representante) FELIPE LEITÃO BESSERA  
, ( nacionalidade) BRASILEIRO, ( profissão) AUTÔNOMO, portador da  
cédula de identidade RG nº 2007116394-5, emitido pela SSP / (UF) CE,  
inscrito sob o CPF nº 046.731.943-06 residente na ( endereço completo) CEL. TOBIAS  
CRATEÚS, na cidade de  
CRATEÚS, ( UF) CE, CEP 63700-000, a quem  
confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**  
**SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima) FELIPE LEITÃO BESSERA  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data) CRATEÚS-CE 31/10/2018

(assinatura) x

( RG) 057883-143-05



CARTÓRIO CAVALCANTE  
3º Ofício Registro de Imóveis  
ANTÔNIO IVAN SASSOIA LOPES  
Escritório Autorizado

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )