



Maia & Nogueira
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDITIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: Domitila Bellis Aguiar

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: solteira

Profissão: vendedora

RG nº: 200303102803-4

CPF nº: 626.296.383-91

Tel: _____

Endereço: Rua José Camilo Soares, nº 100, Ibiapina - Ce.

OUTORGADO(S): **BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE, nº 36.484, com escritório estabelecido na Rua Inácio Pontes, nº 634, Calçada da Liberdade, Centro, Ibiapina - CE.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o(os) OUTORGANTE(S) acima qualificado(s) nomeia(m) e constitui(m) seu(s) bastante(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(S) também qualificado(s) acima, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro geral, especialmente INSS, Receita Federal, Justiça do Trabalho, Justiça Estadual, etc., com cláusula "ad judicium et negotia", e de modo singular, para onde com esta se apresentar(em) e defender(em) o(s) OUTORGANTE(S) em qualquer ação que o(s) mesmo(s) seja(m) direta ou indiretamente interessado(as), podendo propor as ações, acompanhando-as em todos os seus termos, bem como reconvir, opor embargos, agravar ou apelar em qualquer instância; fazer e assinar requerimentos e documentos necessários; produzir provas e justificações; firmar compromissos; **PASSAR RECIBOS E DAR QUITAÇÃO**; requerer falência ou recuperação judicial; **LEVANTAR/SACAR/RECEBER CRÉDITOS EM INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS ADVINDOS DE PAGAMENTO DE VALORES ACORDADOS EM SEDE DE PROCESSOS JUDICIAIS OU QUALQUER OUTRA FORMA DE PAGAMENTO QUE VENHA A SUBSTITUI-LO; ENDOSSAR CHEQUES ORIUNDO DE PAGAMENTOS DE VALORES ACORDADOS EM SEDE DE PROCESSOS JUDICIAIS**; assinar termo de inventariante; podendo, também, desistir, renunciar direitos, transigir, confessar, firmar compromissos e acordos, reconhecer firma e, por fim, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelece-lo com ou sem reserva de poderes.

Ibiapina - CE, 22 de outubro de 2019.

x Domitila Bellis Aguiar
OUTORGANTE

Rua Inácio Pontes, 634, Centro Ibiapina - CE

Telefones:

Raul F. Maia

(88) 9.9637-2381

(88) 9.9238-7444

Dr. Bernardo A. Nogueira

(88) 9.9624-3851

(88) 9.9324-2617

E-mails:

raulmaia.adv@hotmail.com

bernardonogueira.adv@hotmail.com



Maia & Nogueira
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Nome: Domitila Bellis Aguiar
 Nacionalidade: brasileira Estado Civil: solteira
 Profissão: vendedora RG nº: 200303102803-4
 CPF nº: 626.296.383-91 Tel: _____
 Endereço: Rua José Camila Soares, nº 100, Uruayara - Ce

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Uruayara - CE, 22 de outubro de 2019.

x Domitila Bellis Aguiar
(Declarante)

Rua Inácio Pontes, 634, Centro Ibiapina - CE

Telefones:

Raul F. Maia
(88) 9.9637-2381
(88) 9.9238-7444

Dr. Bernardo A. Nogueira
(88) 9.9624-3851
(88) 9.9324-2617

E-mails:

raulmaia.adv@hotmail.com
bernardonogueira.adv@hotmail.com

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2003031028034 DATA DE EMISSÃO 7/5/2003

NOME DOMITILA LELLIS AGUIAR

RELACAO EURIPEDES EXPEDITO DE AGUIAR E VALDECI FRANCISCA AGUIAR

MAIORIDADE UBAJARA-CE DATA DE NASCIMENTO 18/7/1986

DOUTRINA CERT. NASC. 12945-12 A/12 F.

39 UBAJARA/CE

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

626.296.383-91

DOMITILA LELIS AGUIAR

18/07/1986

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Domitila Lellis Aguiar

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nº DO CLIENTE**122178-7**Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
for criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rue Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3**enel****CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 474293218**

Rota 13 31130 01 006900 - 9 Data de Emissão 19/04/2017

Nome DOMITILIA LELLIS AGUIAR

End. Postal PCA JOSE CAMILO SOARES 00100
- UBAJARA - 62350000

Medidor 7259033

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 626296383-91

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 19/04/2017 Data de Apresentação 19/05/2017 Previsão Próxima Leitura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto IBIADINA

Mês Fev/2017 EUSO 16,14

IMPOSTOSBase de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
62,17 27,00% 16,78

	Pacote Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC	0,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,03			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F920.A0F.1CA9.D30A.E80A.14DE.D17D.941C

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

16446 16356 1,00 90 0,00 0,00 0,54083 62,17

19/04/17 20/03/17 30 DIAS 90 62,17

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)VALOR CONSUMO DO MES 62,17
MULTA MORATORIA REF 03/2017 1,25
2,17



(1)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHO CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170455399 - Resultado de consulta por beneficiário

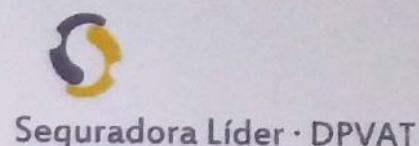
VÍTIMA DOMITILA LELLIS AGUIAR**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** DOMITILA LELLIS AGUIAR**CPF/CNPJ:** 62629638391**Posição em 11-10-2019 14:29:51****O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.**

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/08/2017	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/MZOwsUauOhEQtBb0Q50BDA=api_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcMVQOEeTroOxy7lwfPT6Q5M=)
25/08/2017	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/KQbV2mmSOvsFzLqkT6SvFQapi_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcMVQOEeTroOxy7lwfPT6Q5M=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
 Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R. Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205

**ANEXO 1****TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE**

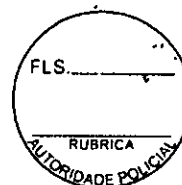
Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 563 - 753 / 2017

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **23/05/2017 15:33:02**Data / Hora da Ocorrência: **12/03/2017 17:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA ESMERINO MAGALHAES**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **UBAJARA/CE**Ponto de Referência: **IGREJA MATRIZ****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **DOMITILA LELLIS AGUIAR**Nascimento: **18/07/1986** CPF: **626.296.383-91**CNH: **05235098084** Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **VALDECIR FRANCISCA AGUIAR****EURIPEDES EXPEDITO DE AGUIAR**Endereço: **RUA JOSÉ CAMILO SOARES, 100**Bairro: **MONTE CASTELO**CEP: **62.350-000**Município: **UBAJARA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 9805-4386**Nome: **MARIA LUSINEIDE DA SILVA SOUSA**Nascimento: **05/12/1971** CPF: **001.165.143-10**CNH: **04147522298** Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **TERESA FERREIRA DA SILVA****TERTULIANO RODRIGUES DA SILVA**Endereço: **RUA JUVENCIO LUIS PEREIRA, 1230**Bairro: **MONTE CASTELO**CEP: **62.350-000**Município: **UBAJARA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 9478-6755****Histórico**

afirmou a declarante que, em data e local citados, conduzia a motocicleta (honda bros de placa oic6754/ce, chassi 9c2kd0550cr11152, registrada no nome de DOMITILA LELLIS AGUIAR) trazendo na garupa da moto sua colega MARIA LUSINEIDE DA SILVA SOUSA; Que, no momento em que cruzavam a Rua 31 de Dezembro, um veículo corolla verde, mas não sabe informar a placa nem a quem pertence o corolla, colidiu na motocicleta da declarante, vindo esta e sua colega cair no chão; Que em razão da queda, a declarante sofreu um corte na perna, na axila e outro no braço, bem como teve duas costelas quebradas; Que sua colega MARIA LUSINEIDE sofreu fratura exposta no antebraço direito, bem como um corte na perna direita; Que a declarante afirma que foram socorridas pela ambulância para o hospital de Ubajara, sendo que LUSINEIDE transferida para a Santa Casa de Sobral ainda no mesmo dia, mas a declarante foi transferida no dia seguinte também para Santa Casa de Sobral; Que afirma serem verdadeiras as informações prestadas.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____

DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA

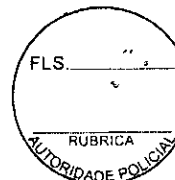
Pág. 1 de 2

Impresso em: 23/05/2017 16:00:21

Ricardo Bastos da Silva
Escritório de Polícia
M.F. 198.318-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 563-753/2017

RICARDO BASTOS DA SILVA - MAT.: 198318-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Manuela Lilia Aguiar

VISTO DO DELEGADO(A) :

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

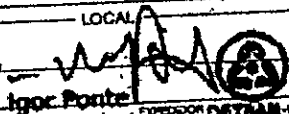
Manuela Lilia Aguiar



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - CE		Nº 012459109298	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00467232121	00000000000	2016
NOME			
DOMITILA LELLIS AGUIAR			

UBAJARA /CE			
CPF / CNPJ		PLACA	
62629638391		01C6754/CE	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
/CE		7C2KD0550CR011152	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NAO. APLIC.		GASOL/ALCO	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES		2012	2012
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/OCV/149CC	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
*****	**/**/**	1*****	
Faixa I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*****	
*****	*****	3*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES			

LOCAL		DATA	
UBAJARA		27/04/2016	
			
Supervisor Detran-CE			

At
Secretaria

HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCA BELARMINO DA COSTA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - Ceará

LAUDO MÉDICO

~~LANÇADO~~
Ficha de Atendimento

RESPONSÁVEL
H.M.F.B.C.
Contato:

CNS: 341.790.007 Documento: _____
Nome do Paciente: Wendell Dells Aguiar
Data de Nasc: 15/07/86 Idade: 30 Sexo: M Estado Civil: _____
Endereço: Monte Castelo - ACS: Fez Camilo Soares Rua.
Mãe: Francisca Aguiar

Sinais Vitais: _____
Queixa Principal: Pacote último de Colar moto - Carro, apresentando
I.D.A.: dores no tórax + dor torácica
apresentando dor no tórax em membro superior

Exame Físico: AP = MVU@, S/RA -
Abdom = Inocuo.

Diagnóstico: Infarto (Poli-branco)
Conduta: Glaxou (15)

Prescrição Médica: Horário Medicação: Evolução Enfermagem:

1) Situações
2) Voltares - 75mg JM agora 19:00
3) Promal 50mg + 100 mL SFO, 4% 1 EV
agora 19:40 Alterado 681034
4) PA, Temp, FC e PR de 4/4h.
5) Alimentação hospitalar por 24h.

Evolução:
6) Morfina, 0,5 mg SC de 6/6h! 5 22:40 072
7) Petoprogel 1PA, JM, se não cede com morfina.

Data: 12/03/17 Hora do Atendimento: 17:30 Recepcionista: Karol

Ricardo de Souza
Aux. de Estatística

Médico
Assinatura/Carimbo

2ª VIA
05/03/2017
H.M.F.B.C.

13 JUL 2019
Carta Respositiva
Ind e presenca cõpia confere
13 JUL 2019
Carta Respositiva
Ind e presenca cõpia confere

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

Atendimento: 4788312 | **Paciente:** 902326 - DOMITILA LELLIS AGUIAR
Data e Hora do Acolhimento: 13/03/2017 15:14:23

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO
TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO
CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: SIM / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

paciente, 30 anos, vítima de queda de moto, sem capacete (colisão moto x carro) ontem a noite, refere cervicalgia e dor torácica.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 130/80, **Nº Pulso:** 91, **Nº Freq. Resp:** , **DX:** , **Temperatura:**

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico
☒ Queda? Descrição da Queda: moto
☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:
☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto
☒ Moto ☐ Utilizava Capacete
☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:
☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:**História da Doença Atual:**

vítima de queda de moto há 01 dia, evoluindo desde então com dor cervical e dor lombar

Exame Físico:

glasgow 15 acp fisiológica

Destino do Atendimento: ALTA

LEONARDO PINHEIRO DE AZEVEDO - CRM.: 15281

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Domitila Bellis Aguiar,
portador da carteira de identidade nº 2003031028034 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 626.296.383-91, residente e domiciliado na
Rua José Camilo Soares, nº 100, Cidade
Uiracurá, Estado Ceará, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha
residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que
resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que
resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

x Domitila Bellis Aguiar

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

São Benedito - CE 25/07/2017
Local e data

11 Assinatura Souza

Médico

05/08/20

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiro, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Domitila Bellis Aguiar
PORTADOR(A) DO RG Nº 2003031028034 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 07/05/2003
CPF 626296383-91 CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Recurso
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A própria, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido e escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0785 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 55690-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

São Benedito ^{CE} 25 de Julho de 2017
LOCAL E DATA

Breno de Paula C. Souza
Assinatura do Beneficiário
Advogado
OAB/CE 20.475

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 01/11/2019 às 17:09, sob o número 000301354620198060176. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0030135-46.2019.8.06.0176 e código 5678384.

