

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2016

Carta nº: 9514584

A/C: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

**Sinistro:** 3160484188 ASL-1005413/16  
**Vitima:** LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA  
**Data Acidente:** 17/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LEIDIANA DE SOUSA LEAL

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2016

Carta nº: 9517817

A/C: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

Sinistro: 3160484188 ASL-1005413/16  
Vitima: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA  
Data Acidente: 17/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LEIDIANA DE SOUSA LEAL

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando  
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016

Carta nº: 9843533

A/C: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

**Sinistro:** 3160484188 ASL-1005413/16  
**Vitima:** LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA  
**Data Acidente:** 17/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LEIDIANA DE SOUSA LEAL

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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 terceiros, 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, Luis Carlos Braga FerreiraPORTADOR(A) DO RG Nº 2.7430.566 EXPEDIDO POR SSP EM 19/08/05 ECPF 029606653-25 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO PedreiroE RENDA MENSAL DE R\$ 1.125,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA 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 Lotéricas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SÍSDPVAT 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, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação 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) \_\_\_\_\_

**CAPEMISA****01 AGO. 2016**

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0004-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00071376-6

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.

Teresina 03 de junho de 2016

LOCAL E DATA

Luis Carlos Braga Ferreira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 2.743.566 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.606.653-29, residente e domiciliado na AV. ZEQUINHA FREIRE Nº 5554, Cidade TERESINA, Estado PIAUÍ, 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
- (X) 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.

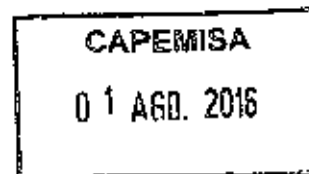
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luis Carlos Braga Ferreira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

TERESINA (PI) 01.06.16

Local e data





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leidy Carlos Braga Ferreira

RG nº 2.743.566, data de expedição 19/08/05, Órgão SSP

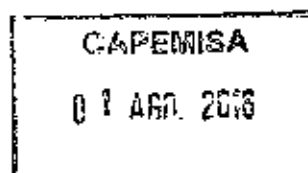
CPF nº 029.606.653-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avenida Zequinha Freire</u>
Número	<u>5554</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vale quem tem</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64057-310</u>
Telefone de Contato	<u>(86)98124-4722 / (86)98831-4439</u>
E-mail	<u>leidy.lea@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 03 de junho de 2016

Assinatura do Declarante: Leidy Carlos Braga Ferreira



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

**SELCO DÍGITO**  
59/012-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.716/0001-69 (Insc. Estadual: 19.371.383-7)  
Rota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Registro Especial de Imposto de Renda nº 52/92/06/93

Nº da Nota Fiscal: 000761977

A Tributa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2009.

ABRIL/2016 27/04/2016 181 120,61

MARIA DO ROSARIO DE SOUSA LEAL  
AV ZEQUINHA FREIRE 5554-B-URBANO  
CPF: 00070956022391  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 13.001.59.00.175600

Normal	12090	Normal	19/04/2016
Ano anterior	1.000	Ano anterior	21/03/2016
Consentido de Multiplicação	181	Proxima leitura	19/05/2016
Consumo Médio	181	Proxima leitura	19/04/2016
Consumo Estimado	181	Proxima leitura	19/04/2016

Classificação	Uso	Uso	Uso	Uso	Uso
RESIDENCIAL	MONO	AB95181	1-1-1-1	130	130

Mês/Ano	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
FEV/16	51	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	107,56
MAR/16	52	2A - VTA PEDIDO CONSUMIDOR (2X)	8,05
ABR/16	53	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	5,00
MAY/16	56		
JUN/16	57		
JUL/16	59		
AUG/16	62		
SET/16	57		
OCT/16	53		
NOV/16	53		
DEZ/16	53		
JAN/17	53		

**CAPEMISA**  
01 ABR. 2016

Unidade consumidora sujeita a processo de fiscalização de energia elétrica a partir de 01 de maio de 2015 em função das contas apresentadas nesta fatura, o qual apresenta multa e juros, bem como a inclusão de nome do consumidor no SCIP. Informamos ainda que a multa e juros são variáveis e a responsabilidade no valor de R\$ 10,32 (valor histórico) não tendo efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUO LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO AFE6.A114.C27E.81ED.B4E2.SEDF.9E47.4A09

Descrição	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
Energia	40,55	Base de Custo	20,00%
Transmissão	3,73	Alíquota ICMS	21,51
Encargos	8,76	Valor do ICMS	0,97
Tributos	26,99	Valor do PIS	4,51

5,19	10,38	20,77	3,20	6,00	13,20	2,94
0,00			0,00		0,00	



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LEIDIANA DE SOUSA LEALRG nº 2579748, data de expedição CIN/H, Órgão SSP-PE.

CPF nº 036.319.243-30 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. FEQUINHA FREIRE</u>
Número	<u>5554</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>URBANO</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64053-310</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 98124-4722</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA 01.06.16Assinatura do Declarante: Leidiana de Sousa Leal

CAPEMISA

01 AGO. 2016



පිළිබඳව තවදුරටත් දැන ගැනීම සඳහා  
විද්‍යාලයෙන්, ජාතික  
සංඛ්‍යාව 020 300 0000

## STEP 1

Nº da Nota Fiscal: 000761977

A. Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE foi criada em 8 de maio de 2002, no dia 26 de março de 2002.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresopolis - PE  
CNPJ: 06.840.748/0001-19 | Ins. Estadual: 19.201.088-5  
Nota Fiscal: Centro de Energia Elétrica - Seta B-1  
CNPJ: 06.840.748/0001-19 | Ins. Estadual: 19.201.088-5

Região Especial de Implantação 2016 - Lote 50 - 27.747,06/95

CONTA MÊS	VERBAVAL	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
18/04/2016	27.747,06	10.438,25	173.601,00

MARIA DO ROSARIO DE SOUSA LEAL  
AV ZEQUINHA FREIRE 5554 8-URBANO  
CPF: 00070956022391  
CEP: 64.600-000 - TERESINA

ROT: 13.001.59.09.175600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	12090	Atual:	21/03/2016
Anterior:	1.000	Anterior:	13/05/2016
Correção de Multiplicação:	181	Próxima Leitura:	19/04/2016
Consumo Médio:	181	Estimado:	19/04/2016
Consumo Estimado:		Aprovação:	

UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE  
BUREAU OF ECONOMIC ANALYSIS  
WASHINGTON, D. C. 20540

Classe/Subclasse	Unidade	Número Medidor	Posto	Código fuel	Mês de 12 meses
REFUGO/ETAL	MONO	AB95181			

HISTÓRICO PVH		DESCRIÇÃO DA CONTA		VALIA R\$	
MAR/15	51	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	107,30	8,05	
FEV/16	51	2A. VIA PEDIDO CONSUMIDOR (2X)		5,00	
JAN/16	52	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,93		
DEZ/15	53				
NOV/15	56				
OUT/15	57				
SET/15	59				
AGO/15	62				
JUL/15	57				
JUN/15	53				

PARA SAIR DE DEBITO:

3 A 131 - 0,44202

### **MENSAGENS IMPORTANTES / BREVÍSSIMO DE VULGAMENTO**

[illegible]

RESERVADO AO DISCO AFE6.A114.C27E.81E0.B4E2.5EDF.9E47.4AD9

COMPOSIÇÃO CUSTA - R\$		IMPOSTOS FIXOS - R\$	
Despesa:	40,55	Base de Cálculo:	20,00%
Energia:	3,73	Alíquota ICM:	21,51
Manutenção:	8,76	Valor do ICM:	0,97
Encargos:	26,99	Valor do PIS:	4,51
TOTAL:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE	DIES			FEB			MAR	
	Normal	Adicional	Abono	Normal	Adicional	Abono	Normal	Abono
1. Continuidad	15,19	10,38	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94	
2. Continuidad	0,00			0,00			0,00	

**CAPEMISA**

01 APR 2016

## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

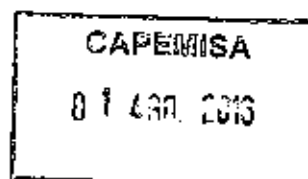
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Reidiano de Sousa Leal, portador(a) do  
RG nº 2.579.748, expedido por SSP, em  
13/06/06, CPF/CNPJ nº 036.319.243-30,  
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Luis  
Carlos Braga Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ,  
da vítima LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA, e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: CNH

Reidiano de Sousa Leal  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





PORTO, CIDADE DE TODOS

ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL "DR. ROOSEVELT BASTOS"

PRESCRIÇÃO MÉDICA E CONTROLE DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Luiz Carlos Braga Figueira

DIAGNOSTICO

LEITO

ENFERMARIA

Nº DE REGISTRO

DATA DE  
ADMISSÃO

25/06/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 25/06/16

HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES

ANOTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

- ① dieta oral hipoglicêmica
- ② SF 0,9% - 500 ml, EV 16:00
- ③ Ceftriaxona 1g EV 12/12h 16:00
- ④ gentamicina 80mg - 1cc EV 8CP4 16:00
- ⑤ Voltaren - 1amp IM 12/12h 16:00
- ⑥ Alprazolam - 1amp AD EV 6/6h/5m 16:00
- ⑦ Glimepirida 2mg - 1comp VO pelo  
manhã, 1comp antes do jantar 20:00
- ⑧ metformina 850mg - 1comp VO após  
caf da manhã, após almoço
- ⑨ 5400 - 2cc 8g

FELIPE SILVA  
MÉDICO  
CRM - 3577

CAPEMISA  
01 AGO 2016

Pt. Admitido para observação clínica.  
Queixas principais: Apresenta inflamação no  
m. C + febre há 2 dias, surge dor + náusea  
alugou-hospitalização adm. de medicamentos  
conforme prescrição médica.

Marcilene Lima do Carmo  
Enfermeira Obstetra  
COREN 369.467

HORARIO 15:30

TEMPERATURA 38,0

PULSO

RE. JELK, 60

DE

DESCRIÇÃO 12.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
LEIS CARLOS BRAGA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR  
2743566 SSP RJ

CITY  
029.606.655-25

DATA NASCIMENTO  
05/11/1985

PAI  
FRANCISCO CLAUDIO  
FERREIRA  
MÁRIA DO SOCORRO  
GOMES BRAGA

PERMISSÃO  
NÃO

ACE  
NÃO

CATEGORIA  
DE

INSCRIÇÃO  
98120701003

VALIDADEZ  
10/12/2020

RENOVAÇÃO  
24/03/2011

OBSERVAÇÕES

*Leis Carlos Braga Ferreira*  
REPRESENTANTE DO PORTADOR

LOCAL  
BARCELONA

DATA DE EMISSÃO  
06/01/2016

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO AGENTE

76021451018  
F1316461598

DETRAN - RJ (RJ-10)


CAPETANGA  
01 ABR 2016

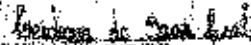
IDENTIFICACAO DE PESSOAS


 NOME: MARIA DO ROSARIO, CR.  
 SOBRENOME: SILVA  
 DATA DE NASCIMENTO: 05.11.24.10  
 RUA: RUA 100  
 CIDADE: VILA NOVA  
 ESTADO: RJ

Assinatura:   
 Local: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACAO DE PESSOAS


 NOME: MARIA DO ROSARIO, CR.  
 SOBRENOME: SILVA  
 DATA DE NASCIMENTO: 05.11.24.10  
 RUA: RUA 100  
 CIDADE: VILA NOVA  
 ESTADO: RJ

Assinatura:   
 Local: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PI Nº 011864563715**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 COD. RENAVAM: 00597420092 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2015

0160  
0662  
0200  
1045  
8874  
9204  
9107  
9065  
0036  
7210  
7015

NOME: **LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA**  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ: 02960665325 PLACA: LWA 0075

PLACA ANT / UF: CHASSI: 9C6KE1950E0009167

ESPÉCIE TIPO: **PAS/MOTOCICLE/NENHUMA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA / MODELO: **YAMAHA/YBR125 FACTOR KI** ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2014

CAP / POT / CIL: 02E/0124CC CATEGORIA: **1ª PARTING** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1ª IPVA  
FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2ª PAGO  
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 129,03 IOF (R\$): 014,33 PRÊMIO TOTAL (R\$): 243,36 DATA DE PAGAMENTO: 24/07/2015

OBSERVAÇÕES: **R/FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL 3 /A**

PORTO: LOCAL: DATA: 01/10/2015

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS**  
**AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS**  
**TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PI Nº 011864563715 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.dpvatsegurodotransito.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 01/10/2015

VIA: 1 CPF / CNPJ: 02960665325 PLACA: LWA-0075

RENAVAM: 00597420092 MARCA / MODELO: YAMAHA/YBR125 FACTOR KI

ANO FAB.: 2013 2ª CAT. TARIF.: 09 Nº CHASSI: 9C6KE1950E0009167

**PRÊMIO TARIFÁRIO**  
129,03 (R\$) 014,33 (R\$) 143,36 (R\$)

CUSTA DO BILHETE (R\$): 004,15 IOF (R\$): 001,16 TOTAL DO BILHETE (R\$): 292,01

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 24/07/2015

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.249.808/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

01 AGO. 2016  
CAPEMISA

DETRAN

CONTRON

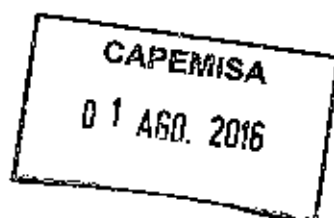
## Declaração



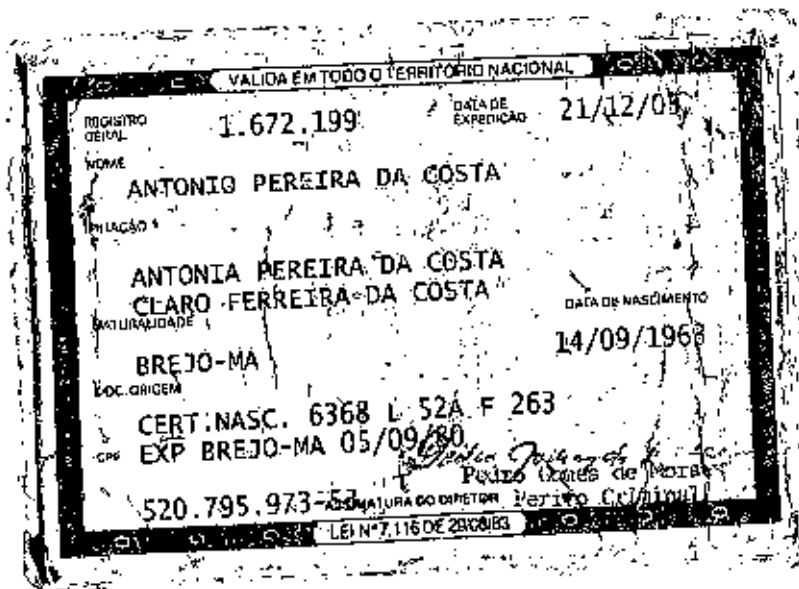
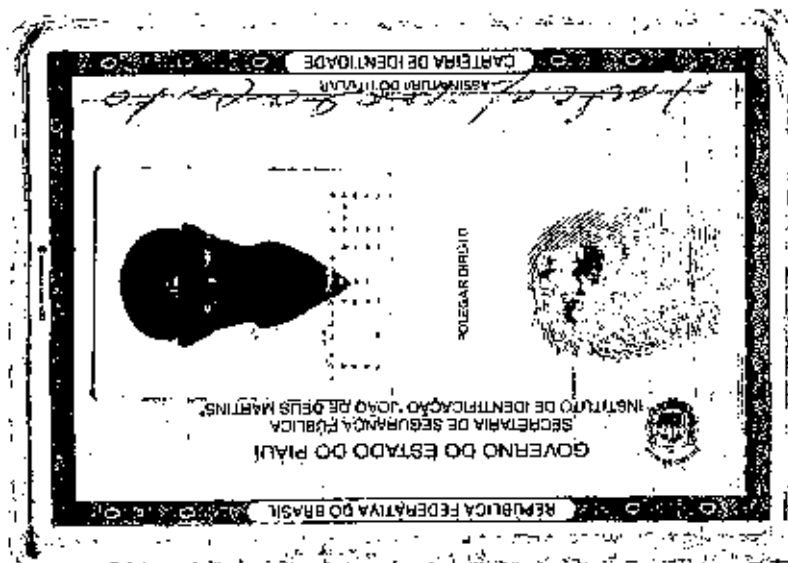
Eu, Antônio de Jesus Costa, portador do RG: 1.672.199 SSP-PJ, e CPF: 520.795.973-53, declaro para devidos fins que socorri Luis Carlos Braga Ferreira em um acidente na PI 112, próximo ao Riocho dos Cavalos, União - PI.

Antônio Pereira Costa  
Declarante

Teresina, 05 de agosto de 2016.







CAPEMISA  
01 JUN 2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160484188

**Cidade:** União

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

**Data do acidente:** 17/06/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** lesão em pé esquerdo

**Resultados terapêuticos:** tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica válida disponível não há lesões e/ou sequelas permanentes indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>PEDREIRO</u>	
RG: <u>2743566</u>	Org. emissor: <u>SSP-PI</u>	D. Expedição: <u>C / N / H</u>	CPF: <u>029.606.653-25</u>
Endereço: <u>AV. ZEUQUINHA FREIRE</u>		Nº: <u>5554</u>	Bairro: <u>VALE BOM TEM</u>
Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64057-310</u>	

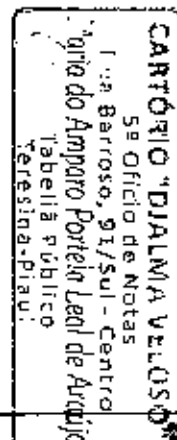
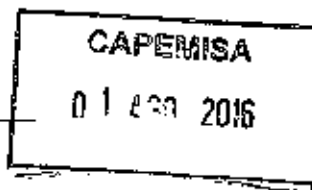
OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <u>LEIDIANA DE SOUSA LEAL</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil:	Profissão:	
RG: <u>2579748</u>	Org. emissor: <u>SSP-PI</u>	D. Expedição: <u>C / N / H</u>	CPF: <u>036.319.243-30</u>
Endereço: <u>AV. ZEUQUINHA FREIRE</u>		Nº: <u>5554</u>	Bairro: <u>VALE BOM TEM</u>
Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64057-310</u>	

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante H.U.T / H.P.M / HGV a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório -- DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima

LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA

Acidente ocorrido em: 17/06/15

Local / data: TERESINA (PI) 07.06.16



Luís Carlos Braga Ferreira

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua do Amparo, Portão Leal de Araújo - Fátima  
Rua Barroso, 91/Sul - CEP 64001-130 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-6955

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: LUIS CARLOS BRAGA FERREIRA, DOU FE. EM TEST. 011 DA VERDADE. TERESINA-PI, 07/06/2016. Esp. 1,3, 52 T: 0,33 S: 10,10 Total: 3,97

ROSENTE DE MOURA LIMA-Escritora Autorizada (5)

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

