

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01499357-0** em **13/10/2020 16:58:27**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0255662-22.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01499357-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 13/10/2020 16:58:27

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2758419_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2758419_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111525 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARICESAR COELHO MOREIRA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111525 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARICESAR COELHO MOREIRA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril esquerdo apresenta sem amputação, flexão aos 80°, extensão aos 5°, abdução aos 15°, adução aos 5°, rotação medial aos 10°, rotação lateral aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com fixação interna, fisioterapia, vitima evolui com perda grave da mobilidade do quadril esquerdo

Sequelas permanentes: Bloqueio grave do arco de movimento do quadril esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Vitima já indenizada por dano moderado do quadril esquerdo, complementar pagamento por dano grave do quadril esquerdo.

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARICESAR COELHO MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 00000101363-7

Nr. da Autenticação D46516131FC4F8A2

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARICESAR COELHO MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 00000101363-7

Nr. da Autenticação 787FA39206108CB8

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.395.683-09 4 - Nome completo da vítima: *Ariever Celho Moreira*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <i>Ariever Celho Moreira</i>	6 - CPF: 039.395.683-09		
7 - Profissão: <i>autônoma</i>	8 - Endereço: <i>TR Salgadura</i>	9 - Número: 73	10 - Complemento: —
11 - Bairro: <i>Bapuan</i>	12 - Cidade: <i>Caucaia</i>	13 - Estado: CE	14 - CEP: 62600-003
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (85) 98724-1586	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1089**

CONTA: **101363** **7**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Caucaia 09.01.2020.

x Ariever Celho Moreira

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 20205692



ASL-0088421/20
09/10/2020 15:16:22
bianca.vieira
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 60 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/01/2020 09:38:57**
Data / Hora da Ocorrência: **06/12/2019 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R CORONEL CORREIA, CENTRO - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **CONVENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARICESAR COELHO MOREIRA**
Nascimento: **07/08/1989** CPF:
RG : **Orgão Emissor:** UF:
Filiação: **MARIA IVETE COELHO MOREIRA**
AUGUSTO CESAR GONZAGA MOREIRA
Endereço: **TRAVESSA SALGADEIRA, 73**
Bairro: **JANDAIQUABA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98790-2455**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORN0168** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD0540ER030909** Renavam: **999160257** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **Preta** Proprietário: **MARIA ELANE NASCIMENTO DOS SANTOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrita pilotava sua moto no Centro de Caucaia e quando retornava para casa, foi trancado por um veículo de placas não anotadas, quando acionou o freio da moto para não colidir no veículo, a moto derrapou; Que outro veículo vindo no sentido oposto, colidiu na moto do declarante; Que o declarante caiu ao solo e na queda o declarante teve uma fratura no Fêmur e outra lesão na bacia; Que o declarante foi levado ao hospital por uma ambulância do Samu e levado ao hospital Municipal de Caucaia; Que o declarante como tem plano de saúde foi transferido para o hospital São Camilo. Que não sabe informar a placa do veículo que colidiu na moto.

ASL-0088421/20
09/10/2020 15:16:22
bianca.vieira
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

ASL-0088421/20
09/10/2020 15:16:22
bianca.vieira
Josenildo Moura de Menezes
Escrivão de Polícia

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

bianca.vieira

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA:	06/10/19	HORÁRIO:	7:30	PACIENTE CHEGOU:	MEIOS PRÓPRIOS (<input checked="" type="checkbox"/>) AMBULÂNCIA (<input type="checkbox"/>)	
PACIENTE:	Alessandra Lúcia de Oliveira					
NOME DA MÃE:	Lúcia de Oliveira					
DATA DE NASCIMENTO:	07/02/89				CARTÃO DO SUS:	
IDADE:	30	SEXO:	M(<input checked="" type="checkbox"/>) F(<input type="checkbox"/>)	RG:	2001099162874	
ENDERECO:	R. Dr. Prof. E. Lúcia m Caucalá - 20299-000					TELEFONE:

BAIRRO:	Lúcia	CIDADE:	Caucaia	ESTADO:	CE	FUNCIONÁRIO:
---------	-------	---------	---------	---------	----	--------------

QUEIXA PRINCIPAL:

CLÍNICO () CIRURGIÃO () TRAUMATOLÓGISTA () PEDIATRA ()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEM DOR	DOR LEVE	DOR MODERADA	PIOR DOR POSSÍVEL
---------	----------	--------------	-------------------

HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C.:	GLICEMIA:
-------	-----	-------	-------	-------	-----------

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL ()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

~~Dor na coxa E~~
~~RX COXA E Ap/s~~

CONDUTA:

Julio A. C. Parente
 CRM 3360 - CPF 740.169.938-3
 Traumatologia - Ortopedia
 Clínica Médica

EXAMES SOLICITADOS:

LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

~~Alexandre N. Belo~~

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO/ASSINAT.

ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:16:51ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:16:51

P 120 Fem 100kg

CARIMBO
MÉDICO

08/30

ACORDA

ALTA

EVOLUÇÃO/ PARECER MÉDICO:

Dr. Julio A. C. Parente
CRM 3360 - CPF: 740.169.938-3
Traumatologista - Ortopedia
Clínica Médica

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA: _____ / _____ mmhg			
T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C	T: _____ °C
GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl	GLICEMIA: _____ mg/dl
FC: _____ rpm	FC: _____ rpm	FC: _____ rpm	FC: _____ rpm
SpO2: _____ %	SpO2: _____ %	SpO2: _____ %	SpO2: _____ %

EVOLUÇÃO ENFERMEIRO E/OU INTERCORRÊNCIAS:

DESTINO DO PACIENTE:

() ALTA () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO - MOTIVO DO ÓBITO:

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO:

9681143

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.054.725/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE UNICA) N° 049040044

Rota CA020U08 - 44200 Referência 01/2020

Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Endereço RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE

Classificação SOLEDADE, 61603-070, CAÚCAIA

Modalidade Residencial Pleno Emissão 29/01/2020

Ligação MonoFásico Medidor 4733562-FAE-043

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

INN/PACIFICAC2544A502FC0A94779

DATAS DE LEITURA 00-0185

Anterior Atual Próxima prevista

30/12/2019 29/01/2020 29/02/2020

DATA DE LEITURA 00-0185

Anterior Atual Próxima prevista

30/12/2019 29/01/2020 29/02/2020

DADOS DA MEDIDAÇÃO

Fase Leit. Atual Leit. Anterior Cons. Consumo Miles (kWh) Consumo Ind. (kWh) Consumo Faz. (kWh) Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

F 4.045 3.548 1.88 185 92 185 0,74771 78,51

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC - 21,33

JUROS MORATORIOS - 0,34

CONSUMO ADICIONAL BAND. AMARELA 0,74771 78,51

0,01905 2,00

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS 80,51 27,00 21,73

PIS 80,51 0,41 0,34

COFINS 80,51 1,78 1,44

VENCIMENTO 05/02/2020 TOTAL A PAGAR (R\$): 102,18

CPF/CNPJ 420.119.223-72

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compensar suas emissões

pelo consumo da energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (R\$) 0

40,99 5,00 100

Periodos: Band. Tarif.: Amarela - 31/12 - 29/01

SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM

OPOÇÃO DE PARCELAR EM 2X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM

ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

09/10/2020 15:18:10

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, 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.²

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Adenilson Reuz de Azedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 140.119.223-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Anaúzar Coelho Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.395.683-09,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Anaúzar Coelho Miranda,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.395.683-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-OPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Paulo Gomes da Silva	Número:	226	Complemento:
Bairro:	Parque Idade	Cidade:	Caucaia	Estado: CE CEP: 61603-070
E-mail:	+			Tel. (DDO): (85) 987241586

Local e Data: Caucaia 09.01.2020

Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.395.683-09 4 - Nome completo da vítima: *Ariever Celho Moreira*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <i>Ariever Celho Moreira</i>	6 - CPF: 039.395.683-09		
7 - Profissão: <i>autônomo</i>	8 - Endereço: <i>TR Salgadura</i>	9 - Número: 73	10 - Complemento: —
11 - Bairro: <i>Bapuan</i>	12 - Cidade: <i>Caucaia</i>	13 - Estado: CE	14 - CEP: 62600-000
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (85) 987241586	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *1089*

CONTA: *101363 7*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Caucaia 09.01.2020.

x Ariever Celho Moreira

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3900111595.**

Data da solicitação: **23.09.2020.**
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **Aricesar Coelho Moreira**

CPF do beneficiário: **039.395.683-09.**

Nome do solicitante: **Aricesar Coelho Moreira**

CPF do solicitante: **039.395.683-09.**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(85) 98794 1586** Tel. Comercial: **()**

Tel. Residencial: **()**

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Caueiraia 21.08.2020

Local e Data

Aricesar Coelho Moreira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

LAUDO MÉDICO

NOME: ARICEVAR COELHO MOREIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 06 / 12 / 19, ONDE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL SAD CAMIL. COM DIAGNOSTICO DE FRATURA SUBTROCANTERÍSICA DE FEMUR ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO (CLÍNICO CIRÚRGICO FISIOTERÁPICO), COMPLEMENTADO COM MEDICAÇÃO SINTOMATICA, RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM AGOSTO DE 2020, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 65 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DOR RESIDUAL NO QUADRIL ESQUERDO E DEFÍCIT DA FORÇA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALÉM DE DIFÍCULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA.

20/08/20
CAUCAIA 1/1

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
Artroscopia
TEOT 12042 - RQE - 5137
CRM 10184

Clinica Otomedica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clinica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com





ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:17:31

NOME: ARICESAR COELHO MOREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 2001099167874 SSPDS CE

CPF: 039.395.683-09 DÁM. NASCIMENTO: 07/08/1989

PAIS/AVÔS:
AUGUSTO CÉSAR GONZAGA
MOREIRA
MARIA IVETE COELHO
MOREIRA

PERMISSÃO: ACE: CACHAS: AD:

Nº REGISTRO: 04667508496 VALIDADE: 09/07/2024 1ª HABILITAÇÃO: 12/06/2009

ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:17:31

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1780416615

PERMISSÃO:
EAR:

Assinatura: Aricesar Coelho Moreira
Assinatura do Portador:

LOCAL: PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 11/07/2019
Assinatura:
Ivan Viana Pinto
IDOR MASCARENHAS PINTO
Assinatura do Emissor:
68775612121
CE171527232

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VN	COD. RENAVAM	RNEAC.	Exercício
1	999160257	0000000000	2019

MARIA ELIANE NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF/CNPJ	PLACA
05790951341	ORN0168/CE

PLACA ANTO/UF:

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NÃO APLIQ.	GASOL/ALCO

MARCA/Modelo

MARCA/NXR150 Bros ESD	ANO MOD.
2014	2014

CAP / POT / CIL

CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P / 0CV / 149CC	PARTIC
1	PRETA

COTA ÚNICA — VENC. COTA ÚNICA — VENC. COTA ÚNICA

P	1*	1*	1*
V	2*	2*	2*
A	3*	3*	3*

PRÉMIO TARIIFÁRIO	DESCRIÇÃO	VALORES
PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$)	VALORES (R\$)	VALORES (R\$)
80,11	4,15	4,01
FANFA/PIVA	36,05	32,00

DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
18/10/2019	18/10/2019
OBSEVIÇÕES	OBSEVIÇÕES

LOCAL:

Igor Ponte

Superintendente DETRAN/CE

DETTRAN	CONTROLE
09/11/2019	09/11/2019

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

CE Nº 015700495620 RECIBO CE Nº 015700495620

RECIBO CE Nº

ASSINATURA

ORN0168 YCE

05790951341

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0000 022 1204

46165225354

15700495620

EXERCÍCIO

2013

DATA EMISSÃO

05/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

09/10/2019

PLACA

ORN0168

CPF / CNPJ

05790951341

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 Bros ESD

Nº CHASSI

9C2KD054UER030909

VIA

1

RENAVAM

999160257

EXERCÍCIO

DATA DE PAGAMENTO (R\$) — DATA DE PAGAMENTO (R\$) — DATA DE PAGAMENTO (R\$)

0,32 84,58 40,05

OBSEVIÇÕES

PARCELADO

14/10/2019

PRÉMIO TARIIFÁRIO

DESCRIÇÃO

VALORES

VALORES

VALORES

PRÉMIO TARIIFÁRIO

PROCURAÇÃO

Outorgante: Ariusar Coelho Moreira, brasileiro(a), estado civil
sócio, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua
TR. Salgado, nº 73, bairro Lapuan, Município de
Caucaia, Estado de(o) Ceará, Cep: 61600-000, portador(a) do Rg
nº 10010991678761, SSP/CE e CPF nº 039.395.683-09

Outorgado: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob oº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ariusar Coelho Moreira, ocorrido em 06/12/2019 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo:

Invalidez Permanente

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Caucaia, 03 de Januário de 2020.

Assinatura: Ariusar Coelho Moreira



Nome do Outorgante: Ariusar Coelho Moreira

CPF nº 039.395.683-09

ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:18:47



ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:18:47

ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:18:47

ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:18:47

ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:18:47

ASL-0088421/20
bianca.vieira
09/10/2020 15:18:47