



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

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.

### Peticionante

**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](#)

# 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

**Valoração 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, vítima 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:** Vítima 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: 000000101363-7

---

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: 000000101363-7

---

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: 039.395.683 09 3 - CPF da vítima: 039.395.683 09 4 - Nome completo da vítima: Aruimar Coelho 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: Aruimar Coelho Moreira 6 - CPF: 039.395.683 09  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: TR Solgadeira 9 - Número: 13 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Capuan 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-000  
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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a 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 atenda 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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (viver nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucaia 09.01.2020.

x Aruimar Coelho Moreira  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA  
Impresso nº 20205692



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_  
Filiação: **MARIA IVETE COELHO MOREIRA**  
**AUGUSTO CESAR GONZAGA MOREIRA**  
Endereço: **TRAVESSA SALGADEIRA, 73**  
Bairro: **JANDAIGUABA**  
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.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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





FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 06/12/19	HORÁRIO: 7:30	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS ( ) AMBULÂNCIA (X)									
PACIENTE: Arueser Linselva Almeida											
NOME DA MÃE: M <sup>te</sup> Weli Guelho Moura											
DATA DE NASCIMENTO: 07/02/89	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: ( ) SIM ( ) NÃO									
IDADE: 30	SEXO: M ( ) F ( )	RG: 2001099162874									
TELEFONE: 85 3041016											
ENDEREÇO: R: Al. Prof.ª Telma M. Cavalcante	2009										
BAIRRO: Capoeira	CIDADE: Caucaia	ESTADO: CE									
FUNCIONÁRIO: [Assinatura]											
ACOLHIMENTO											
QUEIXA PRINCIPAL:											
CLÍNICO ( ) CIRURGIÃO ( ) TRAUMATOLOGISTA ( ) 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						CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:					
VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL ( )											
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.											
HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:										
DOR NA COXA E											
RX COXA E AP/P											
DIAGNÓSTICO INICIAL:											
CONDUTA:											
Jairo A. C. Parente 3360 - CPF: 740.169.938-3 Traumatologia - Ortopedia Clínica Médica											
EXAMES SOLICITADOS:											
LABORATORIAIS ( ) RAIO X ( ) ULTRASSOM ( ) ENDOSCOPIA ( ) ECG ( ) OUTROS ( )											
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:											
X Al <sup>o</sup> de Lousa Arduana M. Ribeiro											



DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO/ASSINAT.
09/10/2020 15:16:51	ASL-0088421/20 bianca.vieira PREFERIR	ASL-0088421/20 bianca.vieira 08/30	ASL-0088421/20 bianca.vieira 10/06/20
09/10/2020 15:16:51	ASL-0088421/20 bianca.vieira + ALTA	ASL-0088421/20 bianca.vieira AGORA	ASL-0088421/20 bianca.vieira

#### 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	PA: ____/____ mmhg	PA: ____/____ mmhg	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:

**DADOS DO CLIENTE**

**Nome:** ARICESAR COELHO MOREIRA  
**End. Loteador:** TR SALGUEIRA, 73, CAPURÁ  
**Cidade:** CAUCAIA  
**End. Entrega:**

**CPF:** 61600-000

**Lote:** 129 **Área:** 025 **Quadrante:** 0028 **Lote:** 0072 **CPF:** 0000  
**Subquadra:** 00 **Subquadra:** 00 **Subquadra:** 000 **Subquadra:** 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

**Medição:** 001 **Comercial:** 000 **Industrial:** 000 **Residencial:** 000  
**Medição:** 001 **Medição:** 001 **Medição:** 001 **Medição:** 001 **Medição:** 001

**Lote:** 129 **Área:** 025 **Quadrante:** 0028 **Lote:** 0072 **CPF:** 0000  
**Subquadra:** 00 **Subquadra:** 00 **Subquadra:** 000 **Subquadra:** 000

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:** 10/2019  
**Nº de Amostras:** 146 **Cloro:** 146 **Coliformes Totais:** 146 **Escherichia Coli:** 146  
**Análises:** 150 **Análises:** 150 **Análises:** 150 **Análises:** 150 **Análises:** 150

**MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.**  
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
 Evite incêndios. Regularize-se junto ao Corpo de Bombeiros.

**DESCRIÇÃO COM DEBITOS**

Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00
dez/18	0,00	0,00	0,00
jan/19	0,00	0,00	0,00
fev/19	0,00	0,00	0,00
mar/19	0,00	0,00	0,00
abr/19	0,00	0,00	0,00
mai/19	0,00	0,00	0,00
jun/19	0,00	0,00	0,00
jul/19	0,00	0,00	0,00
ago/19	0,00	0,00	0,00
set/19	0,00	0,00	0,00
out/19	0,00	0,00	0,00
nov/19	0,00	0,00	0,00

**TÍTULOS SOBRE O ABASTECIMENTO**

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,00	VALOR DO SERVIÇO	0,00
COFINS	0,00	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,00

**MÊS/ANO:** 12/2019 **VERIFICAÇÃO:** 09/01/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$):** 0,00

**ENDEREÇO PARA PAGAR:** I:355374090738600 L:7266 H:08:23:23 R:027 P:001

**Central de Atendimento:** Cagece **Central de Atendimento:** Cagece  
**Telefone:** 0800 275 0195 **Telefone:** 0800 275 0195

**É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,**  
 conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
 Entidades Reguladoras: FORTALEZA: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e  
 Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919. demais  
 localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do  
 Ceará 0800 275 3020. Ouvidoria estadual 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.  
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de  
 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3105.1010,  
 de 8h às 12h e 13h às 17h.

**Assinatura do usuário:** **Assinatura do usuário:**

**Assinatura do usuário:** **Assinatura do usuário:**

**Assinatura do usuário:** **Assinatura do usuário:**

**Assinatura do usuário:** **Assinatura do usuário:**

**Assinatura do usuário:** **Assinatura do usuário:**

**Assinatura do usuário:** **Assinatura do usuário:**

**Assinatura do usuário:** **Assinatura do usuário:**



Conta Cliente

9681143

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

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

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE ÚNICA) Nº 049040044

Rota CA02008 - 44200 Referência 01/2020  
Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO  
Endereço RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA  
Classificação Residencial Pleno Emissão 29/01/2020  
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Medidor 4733562-FAE-043  
Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DH: 07/01/2020 12:54:44 S02FC8A947F79

DATAS DE LEITURA

Anterior 30/12/2019 Atual 29/01/2020 Próxima prevista 28/02/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	4.045	3.940	1.00	105	00	105	0,74771	78,51

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA VALOR (R\$)

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	21,33
JUROS MORATORIOS	0,34
CONSUMO	78,51
ADICIONAL BAND. AMARELA	2,00
	0,74771
	0,01905

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 PAGAR (R\$) 102,18

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 420.119.223-72

EMISSIONES 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 (% CO<sub>2</sub>) 0 100

40,99 0,00

Indicador de Consciência Ecológica

Periodos: Band. Tarif.: Amarela - 31/12 - 29/01  
SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

do Cliente: 9681143 Referência: 01/2020 V: [1.0.0.7]  
Emissão: 29/01/2020 Total a Pagar (R\$): 102,18  
Nº de Controle: 049040044 200020163292

80031200 0 02016329207 2 00009681143 9



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>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 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<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

Jose Adenilson Neuz de Azevedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

400.119.223, 92

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ariusar Coelho Mirandainscrito (a) no CPF sob o Nº 039.395.683 09

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Ariusar 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-DPVAT, 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:

Pauçara

Estado:

PE

CEP:

61603-070

E-mail:

f

Tel. (DDD)

(85) 987241586

Local e Data:

Pauçara 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: 039.395.683 09 3 - CPF da vítima: 039.395.683 09 4 - Nome completo da vítima: Aruimar Coelho 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: Aruimar Coelho Moreira 6 - CPF: 039.395.683 09  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: TR Solgadeira 9 - Número: 13 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Capuan 12 - Cidade: Caracara 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 61600-000  
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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

Autorizo a 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 atenda 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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (viver nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caracara 09.01.2020.

x Aruimar Coelho Moreira  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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](http://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: 3200111525.

Data da solicitação: 21.09.2020.

Nome do beneficiário:

Aríeser Coelho Moreira

CPF do beneficiário: 039.395.623-09.

Nome do solicitante:

Aríeser Coelho Moreira

CPF do solicitante: 039.395.623-09.

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (85) 98724 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**

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO 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:

(DESCREVER)

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

Local e Data

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: ARICEAR 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 CAMILO

COM DIAGNOSTICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FÊMUR ESQUERDO  
O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO  
(X) FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA

TC 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 DEFICIT DA FORÇA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALÉM DE DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA.

20/08/20  
CAUCAIA    /    /   

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

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

ASL-0088421/20  
bianca.vieira  
09/10/2020 15:18:35

ASL-0088421/20  
bianca.vieira  
09/10/2020 15:18:35



ASL-0088421/20  
bianca.vieira  
09/10/2020 15:18:35

ASL-0088421/20  
bianca.vieira  
09/10/2020 15:18:35



ASL-0088421/20  
bianca.vieira  
09/10/2020 15:18:35

ASL-0088421/20  
bianca.vieira  
09/10/2020 15:18:35





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ARICESAR COELHO MOREIRA

DOC. IDENTIDADE / OUT. SINALIZ. UF: 2001099167874 SSPDS CE

CPF: 039.395.683-09 DATA NASCIMENTO: 07/08/1989

FISSÃO: AUGUSTO CESAR GONZAGA MOREIRA  
MARIA IVETE COELHO MOREIRA

PERMISSÃO: ☐ ACC: ☐ CATEGORIA: AD

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

OBSERVAÇÕES:

SEAR:

Assinatura do Portador

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 11/07/2019

Assinatura do Emissor

68775612121  
CE171527232

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1780416615

PROIBIDO PLASTIFICAR 1780416615

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº 015700495620

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG 1 VIA CÓD RENAVAM R.N.T.C. EXERCÍCIO

1 999160257 0000000000 2019

MARIA ELANE NASCIMENTO DOS SANTOS

CAUCAIA /CE

CPF / CNPJ

05790951341

PLACA

05790951341

CHASSI

9C2KD0540ER030909

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NSQ-REPLIC

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB

2014

ANO MOD

2014

CAP/POT/CIL

2P/0CV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

1\*

VENC. COTA ÚNICA

1\*

PARCELAMENTO/COTAS

2\*

3\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

ICF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

14/10/2019

OBSERVAÇÕES

CAUCAIA

LOCAL

18/10/2019

DATA

Igor Ponte

Suplente de Diretor DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015700495620 BILHETE DE SEGURO DPVAT

015700495620 RECIBO CE Nº

05790951341 ORN0168 /CE

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 0800 022 1204

46165225354

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

18/10/2019

PLACA

ORN0168

RENAVAM

999160257

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB

2014

CHASSI

9C2KD0540ER030909

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 36.05

ICF (R\$)

4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

40.05

TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R\$)

84.58

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

ICF (R\$)

0.32

DATA DE QUITAÇÃO

14/10/2019

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

1

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.608.0001-04

MOTOR: KD05E4E030909

CRN0168

COD RENAVAM

999160257

241606/77

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE

ASSINATURA



## PROCURAÇÃO

Outorgante: Ariusar Coelho Moreira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Tr. Salgadina, nº 43, bairro Capuan, Município de Caucaia, Estado de(o) Ceará, Cep: 61600-000, portador(a) do Rg nº 0001099167874, 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 o nº 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:

trabalhista 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

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LDIOLA - CNPJ: 01.735.867/0001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE  
Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartoriosximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura  
indicada de **ARICESAR COELHO MOREIRA**, Dou Fé  
**Caucaia-CE**, 03 de janeiro de 2020.  
Em Teste da Verdade.

Danielle de Lima Firmeza Carvalho - Escrevente Compromissada

Confira os dados do ato em:  
selodigital.tjce.jus.br/portal

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