Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190645616 **Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR**

Data do Acidente: 21/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01637/01638 - carta_01 - INVALIDEZ

00020819

Carta nº 15150388

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190645616 **Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR**

Data do Acidente: 21/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R$ 675,00

Recebedor: **TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR**
Valor: **R$ 675,00**
Banco: **104**
Agência: **000003281**
Conta: **0000046498-7**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00765/00766 - carta_15R - INVALIDEZ
00030383

Seguradora LÍDER

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:	4 - Nome completo da vítima:
	625.493.463.94	TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

6 - CPF: 625.493.463.94

7 - Profissão: AUTÔNOMO

8 - Endereço: R. CEL CORREIA

9 - Número: 3125

10 - Complemento: —

11 - Bairro: —

12 - Cidade: CAUCAIA

13 - Estado: CEARÁ

14 - CEP: 61600004

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)

AGÊNCIA: 3281 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 46498 7 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 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 (vai 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucaia 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Tiago de Souza de Alencar

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019823208

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 10642 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 12:04:15**
Data / Hora da Ocorrência: **21/01/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R CORONEL CORREIA , 3125, PE. JULIO MARIA - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **KAIK**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR**
Nascimento: **09/07/2001** CPF: **625.493.463-94**
RG: **20162994065** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **JOSENITA MARCELINO DE SOUZA**
JONAS BARBOSA DE ALENCAR
Endereço: **RUA DAS FLORES /AV CORONEL CORREIA , 3125**
Bairro: **PADRE JULIO MARIA**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98735-2033**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCG2481** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2JC4110BR460858** Renavam: **322879116** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO GABRIEL OLIVEIRA DE MOURA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

DIZ O DECLARANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, PILOTANDO A MOTO JÁ MENCIONADA ACIMA, QUANDO FOI TRANCADO POR UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE O DECLARANTE COLIDIU NO REFERIDO VEÍCULO E CAIU AO SOLO; QUE O DECLARANTE CAIU AO SOLO E NA QUEDA FRATUROU DOIS DEDOS E OUTRAS LESÕES PELO CORPO; QUE O DECLARANTE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ONDE RECEBEU TRATAMENTO MÉDICO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Tiago de Souza de Alencar

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

Seguradora LÍDER

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:	4 - Nome completo da vítima:
	625.493.463-94	TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR
6 - CPF: 625.493.463-94
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: R. CEL CORREIA
9 - Número: 3125
10 - Complemento: —
11 - Bairro: —
12 - Cidade: CAUCAIA
13 - Estado: CEARÁ
14 - CEP: 61600004
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)

AGÊNCIA: 3281 (informar o dígito se existir) CONTA: 46498-7 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 a 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.

MORTE

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 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 (vai 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caucaia 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Tiago de Souza de Alencar

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29.675

NOME: [illegible]					
DATA DE NASCIMENTO: 09.07.01	IDADE 16	COR -	SEXO M	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE Caucaia
Nº IDENTIDADE 2016299406-5		Nº CPF 625.495.463-94		CERT. NASCIMENTO Nº -	
PAIS Jonas Barbosa de Alencar e Josenilda M. de Souza					
ENDEREÇO DO PACIENTE Rua das Flores					Nº 102
BAIRRO Parque Juliana		MUNICÍPIO Caucaia		FONE 85 86783	
NOME DO RESPONSÁVEL Valeicliide Santo de Castro				FONE	
ENDEREÇO DO DO RESPONSÁVEL o mesmo					
DATA DE ADMISSÃO 21/01/18		HORA DE EMISSÃO 19:27 h		FUNCIONÁRIO	
MÉDICO ASSISTENTE					
HISTÓRICO CLÍNICO [illegible]					
EXAME FÍSICO [illegible]					
DIAGNOSTICO PROVÁVEL FX IV E V PDE					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					

Assinatura

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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000046498-7

Nr. da Autenticação 24814872D4936C55

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única 1 | Nº 024999061

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 12.414 de 26 de abril de 2011

Esta é a sua conta de 10/2019

Nº DO CLIENTE
2610478

VENCIMENTO
01/11/2019

TOTAL A PAGAR (R$)
78,08

DATA EMISSÃO
16/10/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome JONAS BARBOSA DE ALENCAR

Endereço RU CEL CORREIA 03125
61600-004 CAUCAIA SEM BAIRRO 2200-400

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação TRIFÁSICO

Medidor 4473627-FAE-441 - CA011U05

CPF / CNPJ
757.592.763-87

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
A1F2.7124.64F5.C562.12AC.11CF.58AB.EB80

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
16/09/2019	16/10/2019	18/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Consumido Leitura Anterior	Consumido Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Injetado Leitura Anterior	Injetado Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
HFP	28411.00	28406.00	5.00	0.00	0.00	0.00	1.00	5.00	100.00	0.72530	72.53

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R$)
Juros Moratórios			1,83
Custo de disponibilidade			72,53
Adicional Band. Amarela			1,98
Adicional Band. Vermelha			2,34

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)

Tributo	Base (R$)	Alíquota (%)	Valor (R$)
PIS/PASEP	76,25	0,0000	0,02
COFINS	76,25	0,1400	0,09
ICMS	76,25	27,00	20,67

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R$
08/2019	86,87
01/2019	53,52
Total	140,39

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 17/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 16/10

83860000000-0 78080031010-4 00476002307-0 00002610478-4

DÉBITO AUTOMÁTICO.
Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos Órgãos de Proteção ao Crédito, Cancela os Períodos de Tributo e a Suspensão do fornecimento de Energia Elétrica.

JONAS BARBOSA DE ALENCAR
RU CEL CORREIA 03125
CAUCAIA SEM BAIRRO 2200-400
61600-004

DADOS PARA ENTREGA

CA011U05	4473627-FAE-441
2610478	
16/10/2019	16/10/2019

ENEL & VOCÊ
Central de Atendimento: 0800 285 0196 (Atendimento 24 horas)
Internet: www.enelbrasilceara.com.br

OBSERVAÇÕES
As regras para a cobrança de Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.enelbrasilceara.com.br

Informações sobre Legislação
Consumidores são nossos clientes que adquirem energia elétrica para seu uso. Se você quer saber mais sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços oferecidos e tributos, se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e na nossa site.

Importante
Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e na nossa site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIAÇÕES
HFP: Hora fora ponta
Const: Constante
Regist: Registrado
Ultrapass: Ultrapassagem
UFER: Unidade de faturamento de energia reativa
DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO
DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia
DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia
DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos
Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências de emergência ultrapassa o padrão interno
Clientes cuja medida de conformidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme prevê as definições no Procedimentos de Distribuição Módulo 8, sem de poder solicitar a indenização e a revisão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI, sempre que for necessário.
Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES
Regionais de Atendimento Eneel Fortaleza e Região metropolitana (85) 4353 4700/4800
Acaraú: (88) 3668 2229
Iguatu: (88) 3581 1193
Limoeiro: (88) 3423 4101
Crateús: (88) 3342 2525
Sobral: (85) 9677 2234
Baturité: (85) 3651 4149

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO
1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis, das 8h às 12h e das 13h às 18h, com protocolo de atendimento anterior
2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará (ARCE - 0800 727 0187 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
3 - Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) - 167 - (para outros de telefones fixos e móveis)
Em caso de falta de energia, envie um SMS para 28016 com falta(eliz) + espaço + número do cliente

DEVOLUÇÃO DA CONTA — **REMETENTE**

Senhor Entregador: assinale com "X" o motivo da devolução desta conta.

☐ Caixa fechada
☐ Recusou-se a receber
☐ Endereço inexistente
☐ Não existe o nº indicado
☐ Outros - especificar _____

Data: Matrícula:
Nome: Rubrica:

IMPORTANTE

Nº do Cliente: 9681143

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

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

enel

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: 029449826

Rota: CA020U08 - 44200
Referência: 10/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
Endereço: RU PAULO GOMES DA SILVA, 00226 - 00226, PARQUE SOLEDADE, 61603-070, CAUCAIA
Classificação: Residencial Plena
Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL
Emissão: 29/10/2019
Ligação: Monofásico
Medidor: 4733582-FAE-643

ÁREA RESERVADA AO FISCO

2F168DA84D0E52957D816A80D815041A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

MAI	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO

MAI OUT SET AGO JUL JUN MAI ABR MAR FEV JAN DEZ NOV OUT

DATAS DE LEITURA 32 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
27/09/2019	29/10/2019	28/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	3.694	3.592	1.00	102	88	102	0.72667	74.12

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR (R$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,85
JUROS MORATÓRIOS	-	0,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01853	1,89
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00490	0,50
CONSUMO	0,72667	74,12

Tributo:	Base (R$):	Aliquota (%):	Valor (R$):
ICMS	76,51	27,00	20,65
PIS	76,51	0,03	0,02
COFINS	76,51	0,14	0,10

VENCIMENTO: 05/11/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 97,72

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh).Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
39,82	0,00	0 0,00 100

CPF/CNPJ: 470.119.223-72

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 29/10

Nº do Cliente: 9681143
Data de Emissão: 29/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 029449826
Referência: 10/2019
Total a Pagar (R$): 97,72
Nº de Controle: 20003772637
V:[1.0.0.5]
088 - 085147291

83800000000 9 97720031020 3 00377263707 0 00009681143 9

Seguradora LÍDER

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 SUSEP[1] 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 JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO.

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.493.463 94,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 625.493.463 / 94, 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: R. PAULO GOMES DA SILVA.		Número: 226	Complemento:
Bairro: PARQUE SOLEDADE.	Cidade: CAUCAIA.	Estado: CEARA	CEP: 61603070
E-mail:			Tel.(DDD): (85) 987241586

Local e Data: Caucaia 14.11.2019.

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29.675

NOME: [illegible]					
DATA DE NASCIMENTO: 09.07.01	IDADE 16	COR -	SEXO M	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE Caucaia
Nº IDENTIDADE 2016299406-5		Nº CPF 625.495.463-94		CERT. NASCIMENTO Nº -	
PAIS Jonas Barbosa de Alencar e Josenilda M. de Souza					
ENDEREÇO DO PACIENTE Rua das Flores					Nº 102
BAIRRO Parque Juliana		MUNICÍPIO Caucaia		FONE 85 86783	
NOME DO RESPONSÁVEL Valeicliide Santo de Castro				FONE	
ENDEREÇO DO DO RESPONSÁVEL o mesmo					
DATA DE ADMISSÃO 21/01/18		HORA DE EMISSÃO 19:27 h		FUNCIONÁRIO	
MÉDICO ASSISTENTE					
HISTÓRICO CLÍNICO [illegible]					
EXAME FÍSICO [illegible]					
DIAGNOSTICO PROVÁVEL FX IV E V PDE					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					

Assinatura

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 29.675

NOME: [illegible]					
DATA DE NASCIMENTO: 09.07.01	IDADE 16	COR	SEXO M	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE Caucaia
Nº IDENTIDADE 3016299406-5		Nº CPF 625.493.163-91		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS Jonas Barbosa de Alencar e Jeanilda M. de Souza					
ENDEREÇO DO PACIENTE Rua das Flores				Nº 182	
BAIRRO Parque Juliana		MUNICÍPIO Caucaia		FONE 9586783	
NOME DO RESPONSÁVEL Valeicleide Santos de Castro				FONE	
ENDEREÇO DO DO RESPONSÁVEL o mesmo					
DATA DE ADMISSÃO 21 / 01 / 18		HORA DE EMISSÃO 19:27 h		FUNCIONÁRIO	
MÉDICO ASSISTENTE					
HISTÓRICO CLÍNICO - [illegible] - [illegible]					
EXAME FÍSICO - [illegible]					
DIAGNOSTICO PROVÁVEL FX IV E V PDE					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					

Assinatura

GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: [illegible]			Nº Reg. [illegible]
Data da Cirurgia [illegible]	Enf.		Leito
Cirurgião [illegible]		1º Auxiliar [illegible]	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista [illegible]		Tipo Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório [illegible]

Tipo de Operação [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório [illegible]

Relatório Imediato do Patologista ✓

Exame Radiológico no Ato NÃO

Acidente durante a Operação NÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura
Material Empregado - Aspecto - Visceras

[illegible]

Nº 61

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: [illegible] Nº PRONTUÁRIO 29.675

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

29.675

Nome:		Nº Reg.
Data da Cirurgia / /	Enf.	Leito
Cirurgião	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura
Material Empregado - Aspecto - Visceras

Nº 61

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: TIAGO DE SOUSA Nº PRONTUÁRIO 29.675

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
2/10/18	#TO#	
	ORTA	
	→ FX EXP PR (E)	
	RED ABM P/ DEBRIDAMENTO	
	#TO	
	(D) V.DE FX	
2/10/18	PACIENTE SUBMETIDO A DECONTAMINAÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS.	
02/10/18	# Enfermagem # Paciente T.S.A. 16 a admitido na Clínica Cirúrgica por fratura exposta em P.E. Encontrado e devidamente consciente, orientado, verbaliza, apresenta-se em bom normotenso, afebril. Acesso venoso periférico, em uso de AVP com SSD, período, bloqueios e analgesia [illegible] Nega quedas. Segue [illegible]	Cecília do M. Veras COREN-CE: 303.987 Enfermeira
2 a 6/10/18	Aguardando [illegible] e avaliação do [illegible] solicitação pré-anestésica	Dr. Bruno H. Botelho Ortopedia e Traumatologia
03/10/18	Paciente bem. Alta hospitalar. Orientado a manter o [illegible]	Dr. Josafá Fernandes Ortopedista CREMEC

Nº 91

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: [illegible]			Nº Reg. 7461
Data da Cirurgia 22/01/13	Enf.		Leito
Cirurgião [illegible]		1º Auxiliar [illegible]	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista [illegible]		Tipo Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório [illegible]

Tipo de Operação [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório [illegible]

Relatório Imediato do Patologista [illegible]

Exame Radiológico no Ato NÃO

Acidente durante a Operação NÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura
Material Empregado - Aspecto - Visceras

[illegible]

Nº 61

Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE DO MINICÍPIO
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha

RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: Tiago de Sousa de Aquino.

IDADE: 16. ENDEREÇO: Rua das Flores 102 BAIRRO: Padre Julio Maria

DATA ADMISSÃO: 21/01/18. DATA ALTA: 26/01/18.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx. Exposta pé (E).

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente internado por Fx. Exposta pé (E) realizado limpeza cirurgia e após cirurgia definitiva no pé (E).

DIAGNÓSTICO FINAL:

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

→ NÃO PISAR.
→ Curativo no posto 2/2dias
→ Pé elevado.

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

( ) UBS PRÓXIMO DE SUA CASA (X) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: Traumatologia

DATA: dia ~~05/02~~ às 7:00h Dr. Bruno 19/02 Botelho.

Marcos Paulo Oliveira Frota
Ortopedista / Traumatologista
CREMEC 9[illegible]

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT.

Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
201.47820.87-6

NÚMERO	SÉRIE	UF
9271312	0050	CE

Tiago de Souza de Alencar

ASSINATURA DO TITULAR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

23118.9271312.50-47

FILIAÇÃO.....: JOSENTA MARCELINO DE SOUZA
JONAS BARBOSA DE ALENCAR

NASCIMENTO....: 09/07/2001
ESTADO CIVIL....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: CAUCAIA - CE
DOCUMENTO.....: R.G. - 2016299405 - 23/11/2016 - SSPDS - CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 025.493.463-94 CNH....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: AACE - CAUCAIA

DATA DE EMISSÃO..: 05/01/2018

FÁBIO ZECH SYLVESTRE
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/CE

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A			
A - CASAMENTO B - SEP. JUDICIAL	C - DIVÓRCIO D - ADOÇÃO	E - RECONHECIMENTO DE INTERSEXUALIDADE F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	G - DATA DE NASCIMENTO

PROCURAÇÃO

Outorgante: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO profissão AUTONOMO, residente e domiciliado à Rua R: CEL. CORREIA, nº 3125 bairro —, Municipio de CAUCAIA, Estado de(o) CEARA Cep: 61600000, portador(a) do Rg nº 2016 2099 2065 SSP/CE e CPF nº 625.493.463.94.

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Municipio de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o º 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) TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR ocorrido em 21/01/2018 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, 06 de NOVEMBRO de 2019.

CARTÓRIO XIMENES DE MELO

Assinatura: Tiago de Souza de Alencar

Nome do Outorgante: TIAGO DE SOUSA DE ALENCAR

CPF nº 625.493.463.94

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.887/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 - E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br
Válido somente com o selo de autenticidade
Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura indicada de TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR. Dou Fé.
Caucaia-CE, 06 de novembro de 2019.
Em Test° da Verdade.
Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado
Confira os dados do ato em: selodigital.tjce.jus.br/portal

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405811/19

Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Data do acidente: 21/01/2018

CPF: 625.493.463-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR : 625.493.463-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 19/11/2019	Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO	Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 420.119.223-72	CPF: 001.023.383-02
JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO	JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190645616 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DE SOUZA DE ALENCAR **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 4ºE 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. PG1,3,7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (5º DEDO -FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DO PÉ 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 MODERADO 5º DEDO DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**