



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

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 **WLIM.20.00171206-3** em **04/11/2020 10:34:17**.
- 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 : Limoeiro do Norte
Processo : 0050971-92.2020.8.06.0115
Protocolo : WLIM.20.00171206-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Responsabilidade Civil
Data/Hora : 04/11/2020 10:34:17

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>[Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição* : 2762989_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2762989_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação : 2762989_CONTESTACAO_Anexo_02 - 13-25.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO AURICELIO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180369420**
Vitima: **FRANCISCO AURICELIO SOUSA**
Data do Acidente: **07/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180369420**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO AURICELIO SOUSA**

Nº Sinistro: **3180369420**

Vitima: **FRANCISCO AURICELIO SOUSA**

Data do Acidente: **07/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180369420**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

077.360.203-42

Nome completo da vítima

Francoise Auricélia Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francoise Auricélia Souza	CPF titular da conta	077.360.203-42	Profissão	Psaleonista
Endereço	Salino Roberto	Número	3241	Complemento	
Bairro	Salim Alves	Cidade	Timóteo do Norte	Estado	Escará
Email		CEP		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1781

7

(Informar dígito se existir)

09104

9

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

timóteo. 08 de agosto de 2018

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Francoise Auricélia Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

10 AGO. 2018



Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

FRANCISCO AURICELIO SOUSA

12:34 HRS

AGENCIA 1781 CONTA 0009104-9

08/AGO/2018

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

-----OUTUBRO/2014-----

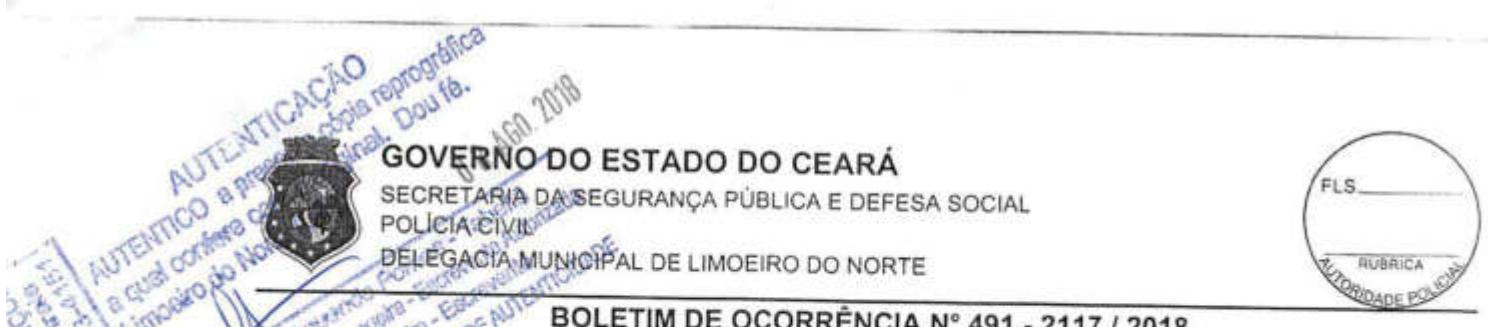
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
15	SALDO ANTERIOR		0,00

-----AGOSTO/2018-----

08	TARIFA BANCARIA 0110518	15,00-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	TARIFA BANCARIA 0110718	15,00-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	TARIFA BANCARIA 0120418	15,00-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	TARIFA BANCARIA 0120618	15,00-
	CESTA EXPRESSO 4 -	
	SALDO TOTAL	60,00-

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 2117 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 10:39:24**

Data / Hora da Ocorrência: **07/01/2018 20:15:00**

Endereço da Ocorrência: **VILA TETEU**

Complemento:

Bairro:

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO AURICELIO SOUSA**

Nascimento: **03/06/1998** CPF: **077.260.203-42**

RG: **20078752820** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA NELY DE SOUSA**

NC

Endereço: **RUA SABINO ROBERTO, 3241**

Bairro: **LUIS ALVES**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

CEP: **62.930-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9794-6473**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCJ5771** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4120BR529533** Renavam: **309884764** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA LIDIANE GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa a vítima que no dia 07 de janeiro de 2018, pediu para uma amiga chamada Lidiane lhe buscar na casa de outra amiga; que minutos depois, estava na garupa da motocicleta placa OCJ5771, pilotada por Francisca Lidiane Gomes (habilitada), quando na Vila Teteu, após passar por um quebra mola colidiu com outra moto; que o acidente ocorreu porque uma moto que vinha no sentido oposto, ao ultrapassar um carro, colidiu na moto em que a vítima estava; que a vítima foi conduzida para o Hospital São Raimundo, dando entrada às 20h:51min; que a pessoa que vinha pilotando a outra moto, responsável pela colisão, é desconhecida da vítima; que a vítima foi levada num carro para o hospital por uma mulher desconhecida; que a vítima sofreu lesão no braço e no pé.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature] **JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature] **BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Auricélio Goura

CPF da Vítima

077.260.203-40

Data do Acidente

07/10/11 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Leimaine. 08 de Agosto de 2018 10 AGO, 2018

Local e Data

155

Francisco Auricélio Goura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Pronutário 066807		Atendimento 0002	Nome do Paciente FRANCISCO AURICELIO SOUSA		CNS	Guia de Autorização	
Documento(s) Certidão Nascimento: 150597					Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 03/06/1998	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE				Idade 19 Ano(s)		
Pai NAO DECLARADO		Mãe MARIA NELY DE SOUSA					
Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN		Bairro CENTRO	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE	Telefone 88997721920	
Profissão VENDEDOR		Empresa		Conjuge			
Responsável MARIA NELY DE SOUSA		CPF do Responsável	Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN			Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO				
Data Atendimento 07/01/2018	Hora 20:50	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ALEX CARVALHO MONTEIRO			CRM/UF 18770/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA
Indicador de Acidente			Funcionário MARIA LUZIVANIA RODRIGUES FLOR	

Observação

Sala Data/Hora Liberação Tipo de Saída
Data/Hora Liberação
Data/Hora Liberação

Jinai Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mm) PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

ALEX CARVALHO MONTEIRO - CRM: 18770

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA NELY DE SOUSA

2) $\text{Tham} 1000 \text{ ml}$ em g.
 $100 \text{ mg} + 100 \text{ mg Sfo. 9 Azer}$

(4) Rx de p' (F) Ap. oblige
e cor - brisa (F) Ap.
obligas.

Rx de out hág (F) com
futura de tecido mesônico de
unhas e fibras de
cabelo separas de p' (F).

(5) Mobilizo
2 auras venosas
eléctivas

(6) Encanecido p' farfizze

5) 10/10/18

Dr. Raul Teodoro
Médico
CREMEC 18.390
Ass.: Isabella Stefane Mapathias M. Almeida
Enfermeira
COREN-306980

DR

Dr. Alex Carvalho
Médico
CREMEC 18.770

07 ataduras 15cm grossade

07 ataduras crepeade

Às 23:05 Ambulância do SAMU, divisão de
revelado não consegue, ligando para o
ministro que mandou um de Super
fuso, Deveu não foi com sucesso (Relevo fer-
ral Dava de morte do paciente). O 2º ambulânci-
ária ainda não chegou em cima da hora
deveu em outra ocasião). Relevo posteriormente
para o encontro no hospital de São Paulo.

CNPJ 25.905.933-53
Endereço: Centro de Radiologia 02412-000
Sociedade Controlada SINA

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
10 AGO. 2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO AURICELIO SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 00000009104-9

Nr. Autenticação

BRADESCO11092018050000000002370178100000009104236250 PAGO

Nº DO CLIENTE

8276582-0

Para agilizar seu atendimento, digite o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.Autoridade de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdomiro, 160

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 02047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 01 25060 01 289000 - 1 Data da Emissão 535680391
 Nome WANDERSON ANDRE SILVA DE OLIVEIRA 02/08/2018
 End. Postal RU SABINO ROBERTO 03241 AP 01
 Medidor LUIZ ALVES DE FREITAS - LIM. DO NORTE - 62930000
 Classe 1240896 Poste 0000 0000
 RG / CPF / CNPJ 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO 055505233-88 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Ago/2018	02/08/2018	03/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Allíquota	Valor do Imposto
98,92	27,08%	26,70

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

IDMC.0814.81D6.5F89.952B.C187.82EF.A264

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 3914	3765	1,98	128	0,00	128	0,77203	98,92

DESCRIPÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	98,92
MULTA HORATORIA REF 07/2018	1,91
JUROS DO MES	1,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,78
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 9,12)	9,12

VENCIMENTO

09/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

117,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	57,97
Transmissão	4,05
Distribuição	21,23
Encargos Setoriais	5,88
Tributos (IOMS PIS/COFINS)	29,47
TOTAL	98,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

FEV	Mar	Apr	Maio	Jun	Jul	Agosto	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Feb
101	128	118	150	120	109	78	81	102	110	116	26	74

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo da energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

49,97

0,00

100

UV 41

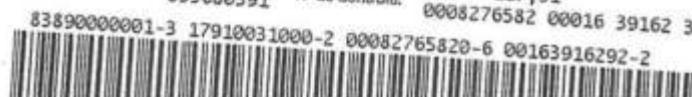
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NÚMERO 30-CLIENTE SEM A PONTO-VERIFICAÇÃO.Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. FederalConsta desta fatura R\$ 2,77 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,51% e COFINS:2,08%
Part. 1 R\$2,77 100,0000 - 100,0000 + 10,637,02 + 10,833,03Estamos em Bandeira vermelha Pavanay 2 de agosto-10 com custo de 5,00 reais a cada 100wh
(sólido-hora). Informações: www.anatel.gov.br

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

10 AGO. 2018

Nº do Cliente: 8276582-0 Referência: Ago/2018
 Data de Emissão: 02/08/2018 Total a Pagar (R\$): 117,91
 Nº da Nota Fiscal: 535680391 Nº de Controle: 0008276582 00016 39162 32
 83890000001-3 17910031000-2 0008276582-6 00163916292-2



Nº DO CLIENTE

6502963-1

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

534661788

Rota 16 25060 03 258000 - 9 Data de Emissão 24/07/2018
 Nome ANA CRISTINA SILVA SOUZA
 End. Postal RU ANTONIO JOSE BARBOSA 02023 02023 AP 01
 BOM NOME - LIM. DO NORTE - 62930000
 Medidor 2048163 Posto 0000 A515
 Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ 018733253-39 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Próxima Leitura

Jul/2018 24/07/2018 24/08/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EC1A.8409.2460.4927.4755.7455.7422.5002

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto LINDEIRO DO NORTE

Mês Jul/2018

EUSD 17,12

Padronização: 0,00

Apuração Individual

Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual

DIC 5,19 10,38 20,77 1,21 0,00 0,00

FIC 0,23 6,47 12,95 1,00 0,00 0,00

DMIC 2,94 5,88 11,76 1,21 0,00 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lult. Atual	Lult. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incr.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP 6637	6516	1,00	121	0,00	0,00	0,19449	5,83
				20	72	0,32242	22,23
				72	21	0,54015	10,51
24/07/18	22/06/18	31-DIAS	121				39,67
VALOR (R\$)							

VALOR CONSUMO DO MES 39,67
 MULTA MORATORIA REF 06/2018 0,82
 JUROS DO MES 0,03
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 15,78
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,60
 -ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MFS (R\$ 3,78)

VENCIMENTO

01/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	20,42
Transmissão	2,16
Distribuição	11,64
Encargos Salariais	3,12
Tributos (IONS PIS/COFINS)	3,98
TOTAL	41,27

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

133	121	127	126	145	146	122	130	127	143	142	148	123
133	121	127	126	145	146	122	130	127	143	142	148	123

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

47,24

0,00

%

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

O NÚMERO DO CLIENTE SEGUINTE: 018733253-39

Crie os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

do dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

10 AGO. 2018

Consta desta fatura R\$ 3,90 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,60% e COFINS:4,78%

Estamos em bandeira vermelha patamar 2 em julho/18 com custo de 5,80 reais a cada 100Whr (kilowatt-hora). Informações: www.enel.gov.br

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF²**.

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, Sra. Crisitina Síkla Tavares inscrito (a) no CPF/CNPJ 018.733.253-39,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Geraldo Tavares inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.260.003-43, do sinistro de DPVAT cobertura inicial da Vítima Francisco Geraldo Tavares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.260.003-43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: Recebendo e apresento os documentos comprobatórios:
Recebendo

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.

Enderoso <u>Antônio José Barbosa</u>	Bairro <u>Bom - Nome</u>	Cidade <u>Limairo do Norte</u>	Número <u>2023</u>	Complemento
Email		Telefone comercial(DDD)	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>62.930-000</u>
		Local e Data		Telefone celular (DDD)

Limairo, 08 de agosto de 2018
Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

Sra. Crisitina Síkla Tavares
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Franeisha Sidiane gomes

RG nº 327330798, data de expedição 06/05/1998

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 864.661.353-49, com
domicílio na cidade de Limauro do Norte no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Sabino Roberta, nº 3569.

complemento B. Luis Alves, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisco Aurélio Seusa, cujo o condutor era Francineide Lidiane Gomes.

Véículo: Motoeletro

Modelo: Honda 125 Fan 85 2011

Ano: 2011
Páginas: 225

Placa: 0055771
Série: 0037011

Chassi: 9E2JE4J20BR329933
Data: 10/09/2018

Data do Acidente: 07/07/2018

Local e Data: Sinclair do Norte - 08/08/18

Francisco Sidione gomes
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Francisca Sidiney gomes.

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LISIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

ISSN: _____

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 066807	Atendimento 0002	Nome do Paciente FRANCISCO AURICELIO SOUSA			CNS	Guia de Autorização	
Documento(s) Certidão Nascimento: 150597					Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 03/06/1998	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE						Idade 19 Ano(s)
Pai NAO DECLARADO		Mãe MARIA NELY DE SOUSA					
Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN		Bairro CENTRO	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE	Telefone 88997721920	
Profissão VENDEDOR	Empresa	Cônjugue					
Responsável MARIA NELY DE SOUSA		CPF do Responsável	Endereço RUA SABINO ROBERTO, SN	Município LIMOEIRO DO NORTE		UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 07/01/2018	Hora 20:50	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ALEX CARVALHO MONTEIRO			CRM/UF 18770/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA
Indicador de Acidente			Funcionário MARIA LUZIVANIA RODRIGUES FLOR	

Observação

Sala	Date/Hora Liberação 07/01/2018 às 23 hs.	Type de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	---	--

Dados Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mmHg)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Resumo: O paciente é um homem de 19 anos, com queixa de dor abdominal central intensa, de origem aguda, com duração de 1 hora, sem história de uso de medicamentos. Foi levado ao pronto-socorro por sua esposa, que o trouxe de casa, onde o paciente havia vomitado 3x, com sputo espumoso, e apresentava febre de 38°C. Foi realizada URGÊNCIA, com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Foi realizada ecocardiografia, que mostrou parede esquerda espessa, com dilatação da cavidade cardíaca, e alterações de fluxo sanguíneo no miocárdio. Foi realizada tomografia computadorizada do tórax, que mostrou edema pulmonar, e alterações na parede esquerda do coração. Foi realizada biópsia endomiocárdica, que mostrou lesões de necrose miocárdica. Foi realizada angiografia coronária, que mostrou estenose grave da artéria coronária direita, e levemente da artéria coronária esquerda. Foi realizada angioplastia e stent no ramo principal da artéria coronária direita. Foi realizada coleta de sangue para exames laboratoriais, que mostraram elevação das enzimas cardíacas. Foi realizada ecocardiografia, que mostrou parede esquerda espessa, com dilatação da cavidade cardíaca, e alterações de fluxo sanguíneo no miocárdio. Foi realizada tomografia computadorizada do tórax, que mostrou edema pulmonar, e alterações na parede esquerda do coração. Foi realizada biópsia endomiocárdica, que mostrou lesões de necrose miocárdica. Foi realizada angiografia coronária, que mostrou estenose grave da artéria coronária direita, e levemente da artéria coronária esquerda. Foi realizada angioplastia e stent no ramo principal da artéria coronária direita. Foi realizada coleta de sangue para exames laboratoriais, que mostraram elevação das enzimas cardíacas.

Alexandre Carvalho Monteiro CRM: 18770

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA NELY DE SOUSA

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA NELY DE SOUSA

1995 052 935-0274
Eduardo Gómez Serratos
Centro de Investigaciones y Estudios
Avanzados del I.P.N.

74) Ds ob pf E Ap. obliges
- card - bruc E Ap.
obliges.

Rx de antibiótico con
perfume de Leche una dosis de
Unas . e fuerza de
medicinas de reforzamiento

(e) Mysore

Zacarias Lewinsky
et libéraw

① Encuentros p/ fortalecer
7) mentes /más fuertes

57) M09/01/2018 Isabela Stifare Magathias M. Araújo
Enfermeira

Dr. Raul Teofilo
Médico
CREMEC 18.390

Enfermeira
COREN-306980

07 atadura 15 cm. Gessade
07 atadura - Salgan

07 atadura - Calavas

Ба-
Ба-
Ба-

Dr. Alex Carvalho
Medico
CREMEC 1470

Às 23:05 chegámos à S.A.R.U. quando se realizava a reunião de comissões, dirigida por José Gómez, presidente da comissão de mandatos, e que contou com a participação de Pedro Pinto, Pedro Oliveira, do sector 1, e da comissão de organização, que ainda não chegara da Comissão do Norte (que em outubro convocou o Congresso). Pedro Pinto apresentou a proposta de resolução.

No. HOSPGESTOR: 36224

LEITO: 1703

NOME: FRANCISCO AURICELIO SOUSA

DATA DE INTERNACAO: 08/01/2018

DATA DA ALTA: 27/03/2018

BE/PRONT: 5544972

CIDADE DE ORIGEM: LIMOEIRO DO NORTE

NASCIMENTO: 03061998

IDADE: 19

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE ANTEBRACO - DIAFISE ESQ (OPERADA) + FRATURA -
LUXAÇÃO PÉ ESQ (OPERADA)CONDUTAS E CUIDADOS POS- -ALTA HOSPITALAR -RETORNO AMBULATORIO DR VALBERTO COM
OPERATORIOS: 01 SEMANA -ORIENTACOES E ANALGESIA -NAO TROCAR
CURATIVO ATÉ DIA DO RETORNO !!

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: VALBERTO PORTO

RESIDENTE DO LEITO: RONALDO GUEDES



Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------

Status da marcação

MAPA DO DIA 26/01/2018 - Sexta-Feira

79	15	A SEGUIR	1703	RENATO FONTENELE	RONALDO GUEDES	CX BASICA
----	----	----------	------	------------------	----------------	-----------

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

10 AGO. 2018

LIMPEZA CIRÚRGICA PÉ DIREITO BE:5544972

REALIZADA
Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
25-01-2018 8:41:08**MAPA DO DIA 05/03/2018 - Segunda-Feira**

79	3	07:30	1703	VALBERTO PORTO	RONALDO GUEDES	CX PLASTICA DA MÃO + CX BASICA TO PARA MMII + NYLON 7.0MM
----	---	-------	------	----------------	----------------	---

RETALHO MICROCIRÚRGICO PÉ ESQUERDO BE:5544972

REALIZADA
Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
02-03-2018 8:50:37

MAPA DO DIA 23/03/2018 - Sexta-Feira

79 16 A SEGUIR 1703

VALBERTO PORTO

RONALDO GUEDES

KIT DE PEQUENAS CIRURGIAS

MARCADA

DESBRIDAMENTO DE RETALHO MICROCIRURGICO DO PÉ BE:5544972

Marcado por:
HALINE MAGALHAES em:
22-03-2018 7:43:59

Ass.: <i>(Signature)</i>	Retornar dia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ para Dr. <i>Valberto</i>
Data : <i>27/3/18</i>	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

(Signature)
Dr. Yan Dias
 Medico Residente
 Ortopedia Traumatologia
 CREMEC 16.540

JOTA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Servico de Traumatologia-

Ortopedia

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	FRANCISCO AURICELIO SOUSA		
LEITO:	1703		
DATA DE INTERNACAO:	08 01 2018	DATA DA ALTA:	27/03/2018
BE/PRONT:	5544972	CIDADE DE ORIGEM:	LIMOEIRO DO NORTE
IDADE:	19		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE ANTEBRACO - DIAFISE ESQ (OPERADA) + FRATURA - LUXAÇÃO PÉ ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	-ALTA HOSPITALAR -RETORNO AMBULATORIO DR VALBERTO COM 01 SEMANA -ORIENTACOES E ANALGESIA -NAO TROCAR CURATIVO ATÉ DIA DO RETORNO !!		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	VALBERTO PORTO		
RESIDENTE DO LEITO:	RONALDO GUEDES		

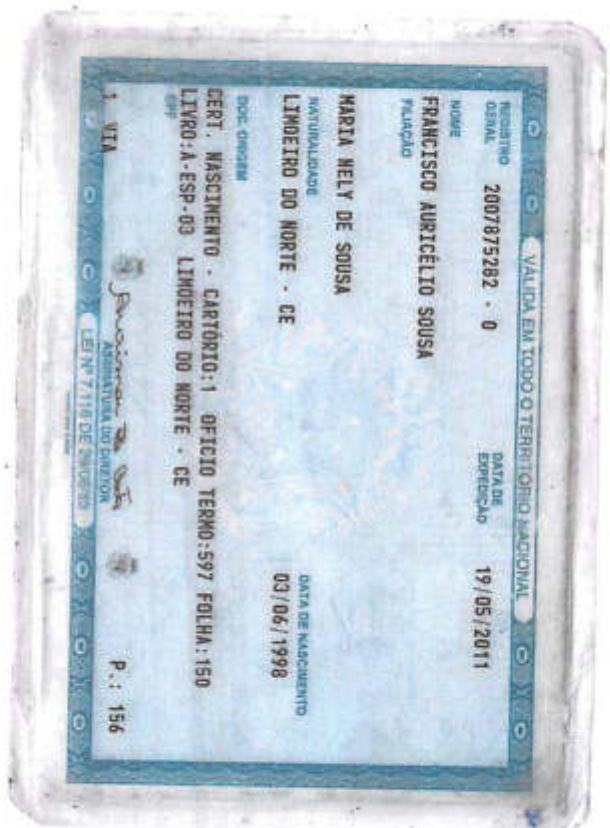
Ass: 	Dr. Yan Dias Médico Residente Ortopedia Traumatologia CREMEC 16.540	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: _____ para Dr. <i>Valberto</i> <i>após uma semana.</i>
Data: <i>24/03/18</i>	Dispensa do trabalho por: <i>60 dias</i>	
Imprimir		

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

ISSO





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9970.411C.B5FD.D.0091

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 15:22:55 do dia 28/11/2014 (hor e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Nascimento
03/06/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369420 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AURICELIO SOUSA **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE METATARSOS DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 AGO. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180369420 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO AURICELIO SOUSA **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE METATARSOS DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Antônio Souza, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Bolsonaro, residente e domiciliado à Rua Sibino Roberto, nº 341, bairro Jardim Planalto.

Município de Timóteo, Estado de(o) Minas Gerais, Cep: 62950-000

portador(a) do RG nº 2007875282-0, SSP / La e CPF nº 077.360.303-142

Outorgado: Graziethina Sikila Souza Pápero, brasileiro(a)
Estado Civil: Casada profissão: agricultora residente e domiciliado(a) à
Rua: Alto José Barbosa, n° 10023 bairro: Bom-Nome
Município de: Leitânia do Norte, Estado de (o): Piauí, Cep: 62.930-000
portador (a) do Rg n° 200309962, SSP/... e CPF n° 018.733.253-39
9869

Por este instrumento particular de procuração,o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto á qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Franquimélio Cunha,elio Souza ocorrido em 07/01/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), 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 , 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.

Finanças do Norte a 18 de Agosto 2018

 transcrevi Aurélio Góes

Outorgante

CPF N° 077.260.203-42

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

10 AGO. 2018

 Notas Tel:	<p>Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) <u>José Geraldo Jurnelle Souza</u></p> <hr/> <p>limonete do Rio Grande, 08 AGO. 2018 Em testemunha de: <u>Sebastião Olívio Fontes - Taboão</u> <u>Craiza Lopes Nogueira - Escrivente Autorizada</u> <u>Claide Lopes Nogueira - Escrivente</u> VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE</p>
--	---

0292375 18

CRISTINA