



Maia & Nogueira
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDITIA ET NEGOTIA"



OUTORGANTE: ALESSANDRO LIMA COUTINHO, brasileiro, casado, técnico agrícola, portador da carteira de identidade R.G. nº 12375986, e CPF/MF nº 050.516.466-38, residente e domiciliado na Rua 7 de Setembro, CS lote 02, centro, Ibiapina/Ce.

OUTORGADO(S): BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE, nº 36.442, com escritório estabelecido na Rua Inácio Pontes, nº 634, Calçada da Liberdade, Centro, Ibiapina – CE.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o(os) OUTORGANTE(S) acima qualificado(s) nomeia(m) e constitui(m) seu(s) bastante(s) procurador(es) o(s) OUTORGADO(S) também qualificado(s) acima, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro geral, especialmente INSS, Receita Federal, Justiça do Trabalho, Justiça Estadual, etc., com cláusula "**ad juditia et negotia**", e de modo singular, para onde com esta se apresentar(em) e defender(em) o(s) OUTORGANTE(S) em qualquer ação que o(s) mesmo(s) seja(m) direta ou indiretamente interessado(as), podendo propor as ações, acompanhando-as em todos os seus termos, bem como reconvir, opor embargos, agravar ou apelar em qualquer instância; fazer e assinar requerimentos e documentos necessários; produzir provas e justificações; firmar compromissos; **PASSAR RECIBOS E DAR QUITAÇÃO**; requerer falência ou recuperação judicial; **LEVANTAR/SACAR/RECEBER CRÉDITOS EM INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS ADVINDOS DE PAGAMENTO DE VALORES ACORDADOS EM SEDE DE PROCESSOS JUDICIAIS OU QUALQUER OUTRA FORMA DE PAGAMENTO QUE VENHA A SUBSTITUI-LO; ENDOSSAR CHEQUES ORIUNDO DE PAGAMENTOS DE VALORES ACORDADOS EM SEDE DE PROCESSOS JUDICIAIS**; assinar termo de inventariante; podendo, também, desistir, renunciar direitos, transigir, confessar, firmar compromissos e acordos, reconhecer firma e, por fim, tudo mais usar e praticar para o bom e fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelece-lo com ou sem reserva de poderes.

Ibiapina - CE, 15 de janeiro de 2019.

Alessandro Lima Coutinho

ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Rua Inácio Pontes, 634, Centro Ibiapina - CE

Telefones:

E-mails:

Dr. Raul F. Maia

Dr. Bernardo A. Nogueira

raulmaia.adv@hotmail.com

(88) 9.9637-2381

(88) 9.9624-3851

bernardonogueira.adv@hotmail.com

(88) 9.9238-7444

(88) 9.9324-2617



DECLARAÇÃO DE POBREZA

ALESSANDRO LIMA COUTINHO, brasileiro, casado, técnico agrícola, portador da carteira de identidade R.G. nº 12375986, e CPF/MF nº 050.516.466-38, residente e domiciliado na Rua 7 de Setembro, CS lote 02, centro, Ibiapina/Ce **DECLARA**, nos termos da lei 1.060, de 05 de fevereiro de 1950 c/c a lei 7.115/83, que é pobre na forma da lei, não podendo pagar com as custas e demais despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, ciente dos termos e penalidades da lei 1.060/50, conforme abaixo:

Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da Assistência Judiciária mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar às custas dos processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.

§1. Presume-se ser pobre, até prova em contrário, quem afirmar essa condição nos termos desta lei, sob pena de pagamento até o décuplo das custas judiciais.

§2. A impugnação do direito à assistência não suspende o curso do processo e será feita em autos apartados.

(...)

Ibiapina - CE, 15 de janeiro de 2019.

Alessandro Lima Coutinho
ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Rua Inácio Pontes, 634, Centro Ibiapina - CE

Telefones:

E-mails:

Dr.

Bernardo A. Nogueira

(88) 9.9624-3851

(88) 9.9324-2617

bernardonogueira.adv@hotmail.com



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



CE

NOME
ALESSANDRO LIMA COUTINHO

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
MG12375986 SSP MG

CPF
050.516.466-38

DATA NASCIMENTO
17/11/1980

FILIAÇÃO
HOSANAN RODRIGUES COUTINHO
MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02937931602

VALIDADE
04/09/2023

1ª HABILITAÇÃO
26/06/2003

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL
TIANGUA, CE

DATA EMISSÃO
24/09/2018

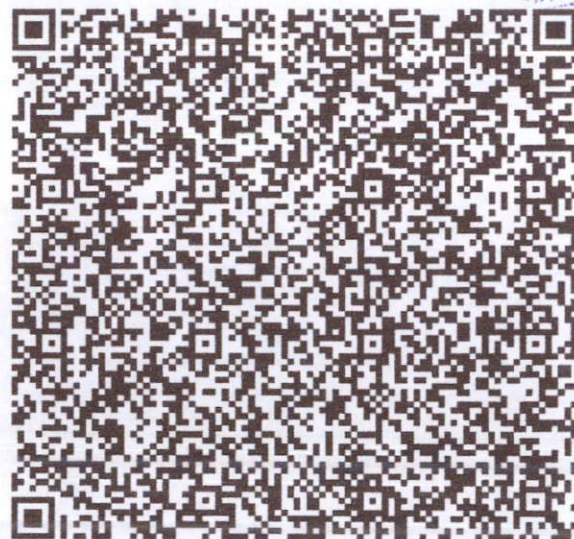
ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

36359251196
CE166776165

CEARÁ

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço:
< <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >.

SERPRO / DENATRAN

Nº DO CLIENTE

4384441

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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 557067607

Rota 06 31050 05 010000 - 0 Data de Emissão 09/01/2019

Nome ALESSANDRO LIMA COUTINHO

End. Postal RU 7 DE SETEMBRO 00000 CS LOTE 02
CENTRO - IBIAPINA - 62360000

Medidor 25115802

Poste 0000 A09L

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 050516466-38

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	09/01/2019	09/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Mensal Nov/2018 EUSD 30,40
Mês DICRI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
86,27	27,00%	23,29

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ADDB.7C2C.3EB0.79F8.15ED.509B.AC1D.2573

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9349	9230	1,00	119	0,00	119	0,72584	86,27
09/01/19	11/12/18		29 DIAS		119		

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	86,27
MULTA MORATORIA REF 12/2018	1,89
JUROS DO MES	1,47
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	15,08

VENCIMENTO

16/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

104,71

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	86,27
Transmissão	3,42
Distribuição	18,26
Encargos Setoriais	4,89
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	27,66
TOTAL	86,27

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
124	119
119	136
136	127
127	148
148	137
137	116
116	118
118	124
124	113
113	127
127	116
116	117

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissões (kg CO₂) Compensação (kg CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Seque o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
12/2018	114,11
Total	114,11

Consta desta fatura R\$ 4,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17% (Art. 9 Res. 101-2009 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833-03)

Bandeira verde em jan-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

4384441

Jan/2019

Nº do Cliente: 09/01/2019

Referência: 104,71

Data de Emissão: 557067607

Total a Pagar (R\$): 0004384441 00091 39202 12

Nº do Documento: 00000001-7 04710031000-8 00043844410-8 00913920293-9



Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT
 Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R. Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder - DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



(7)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180035035 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALESSANDRO LIMA COUTINHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ALESSANDRO LIMA COUTINHO

CPF/CNPJ: 05051646638

Posição em 02-10-2018 15:33:21

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/07/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/07/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8qx2R0+Sn5T0UC5L8cMBg==api_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyBedpG8dzz+8hdLKjoMVdvc=)
13/07/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/okxk58fHimkf02zlyJipYg==api_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyBedpG8dzz+8hdLKjoMVdvc=)
23/01/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/XQqggKt__UIO50hGKC5hj9api_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyBedpG8dzz+8hdLKjoMVdvc=)
23/01/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O8KQhUBlwnDCKF4A8QeVapi_key=gETloeUkl8DXJyDgZdZdyBedpG8dzz+8hdLKjoMVdvc=)



ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
 Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
 Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://portal.lider.com.br/seguro-dpvat>)
 (%C3%ADder-
 dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 4015 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/11/2017 14:32:49**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/10/2017 08:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **BR 187**
 Complemento:
 Bairro: Município: **TIANGUA/CE**
 Ponto de Referência: **PROXIMO A HONDA**

Noticiante(s)

Nome: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**
 Nascimento: **17/11/1980** CPF: **050.516.466-38**
 CNH: **02937931802** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO**
HOZANAN RODRIGUES COUTINHO
 Endereço: **RUA 7 DE SETEMBRO Q 08, LOTE 02**
 Bairro: **CENTRO** CEP:
 Município: **IBIAPINA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99655-4704**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXT1192** Uf: **CE** Município: **TIANGUA** Chassi:
9C2KD03307R026729 Renavam: **914104195** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **LEANDRO DAMASCENO DA ROCHA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA PLACA HXT1192, QUANDO
 ACESSOU A CE 187, PRÓXIMO A CONCESSIONÁRIA HONDA, QUANDO SUA
 MOTOCICLETA DESLIZOU EM DECORRÊNCIA DE DEPRESSÃO QUE HAVIA NO
 ASFALTO; QUE HAVIA PASSADO UMA MÁQUINA RASPANDO O ASFALTO PARA
 RECONSTRUIR A RODOVIA; QUE HAVIA UMA DIFERENÇA DE
 APROXIMADAMENTE TRÊS CENTÍMETROS DO ASFALTO QUE TINHA FICADO
 NA PISTA; QUE NÃO HAVIA NENHUMA SINALIZAÇÃO; QUE SOUBE QUE NA
 MESMA DATA HOUVERAM OUTROS ACIDENTES; QUE FICOU DESACORDADO
 APÓS CAIR DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE
 BOMBEIROS E DEU ENTRADA NO HOSPITAL MADALENA NUNES; QUE
 FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA E TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JESSYCA AGUIAR BITTENCOURT - MAT.: 300643-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Alessandro Lima Coutinho

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 4015 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/11/2017 14:32:49**
 Data / Hora da Ocorrência: **30/10/2017 08:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **BR 187**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **TIANGUA/CE**
 Ponto de Referência: **PROXIMO A HONDA**

Noticiante(s)

Nome: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**
 Nascimento: **17/11/1980** CPF: **050.516.466-38**
 CNH: **02937931802** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO**
HOZANAN RODRIGUES COUTINHO
 Endereço: **RUA 7 DE SETEMBRO Q 08, LOTE 02**
 Bairro: **CENTRO** CEP:
 Município: **IBIAPINA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99655-4704**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXT1192** Uf: **CE** Município: **TIANGUA** Chassi:
9C2KD03307R026729 Renavam: **914104195** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **LEANDRO DAMASCENO DA ROCHA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA PLACA HXT1192, QUANDO
 ACESSOU A CE 187, PRÓXIMO A CONCESSIONÁRIA HONDA, QUANDO SUA
 MOTOCICLETA DESLIZOU EM DECORRÊNCIA DE DEPRESSÃO QUE HAVIA NO
 ASFALTO; QUE HAVIA PASSADO UMA MÁQUINA RASPANDO O ASFALTO PARA
 RECONSTRUIR A RODOVIA; QUE HAVIA UMA DIFERENÇA DE
 APROXIMADAMENTE TRÊS CENTÍMETROS DO ASFALTO QUE TINHA FICADO
 NA PISTA; QUE NÃO HAVIA NENHUMA SINALIZAÇÃO; QUE SOUBE QUE NA
 MESMA DATA HOUVERAM OUTROS ACIDENTES; QUE FICOU DESACORDADO
 APÓS CAIR DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE
 BOMBEIROS E DEU ENTRADA NO HOSPITAL MADALENA NUNES; QUE
 FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA E TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JÉSSYCA AGUIAR BITTENCOURT - MAT.: 300643-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alessandro Lima Coutinho

VISTO DO DELEGADO(A) :



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ALESSANDRO LIMA COUTINHO
Nº Sinistro: 3180035035
Vítima: ALESSANDRO LIMA COUTINHO
Data do Acidente: 30/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180035035**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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

Pag. 01125/01126 - carta_03 - INVALIDEZ

00050563



Carta nº 12270101

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 013570267473
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDB-RENAVAM - R.N.I.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 00914104195 00000000000 2017

NOME
LEANDRO DAMASCENO DA ROCHA

TIANGUA /CE

CPF/CNPJ - PLACA
90778685349 HXT1192/CE

PLACA ANT./UF - CHASSI
/CE 9C2KD03307R026729

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETO/PAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES 2007 2007

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2F/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	*****	**/**/**	1ª *****
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
	*****	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL - DATA
TIANGUA 31/08/2017

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 013570267473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**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

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2017 31/08/2017

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
01 90778685349 HXT1192

RENAVAM - MARCA / MODELO
00914104195 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. - CAT. TARIF. - Nº CHASSI
2007 09 9C2KD03307R026729

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15	0,71	185,5

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: HND03E37026729 00170





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

050.516.466-38

Nome completo da vítima

Alexandro Lima Coutinho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alexandro Lima Coutinho		CPF titular da conta 050.516.466-38	Profissão Técnico Agrícola
Endereço Rua 7 de Setembro		Número 02	Complemento
Bairro Centro	Cidade Bianopema	Estado Ceará	CEP 62-360.000
Email Rexdpvat.seguro@gmail.com			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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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.
0785

(Informar dígito se existir)

D/V

013

CONTA

NRO.

00044880

(Informar dígito se existir)

D/V

0

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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.

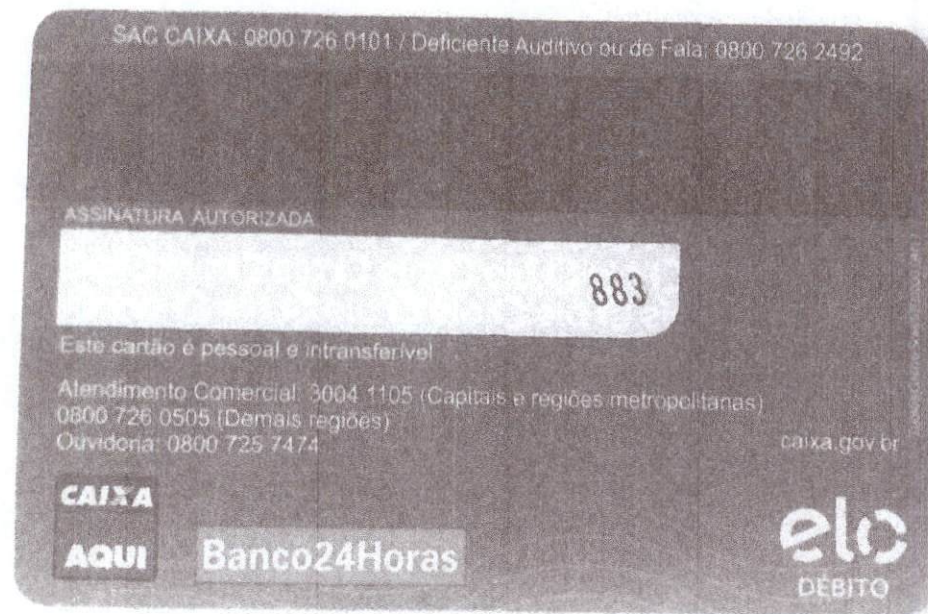
_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Alexandro Lima Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
ALESSANDRO LIMA COUTINHO			139196/0014	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
17/11/1980	36 Ano(s)	MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO		
Data Atendimento	Aposento	Quarto/Leito		
07/11/2017		/		
Profissional Responsável			CRM	
GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA			17797	
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	EMERGENCIA	GERAL		

ENFERMAGEM

EVOLUCAOENFERMAGEM - 07/11/2017 18:06:55

Paciente admitido neste setor hospitalar HD: TCE leve, vítima de acidente de trânsito refere uso de capacete há 08 dias, queixa de trauma contuso na região temporal com 02 episódios de síncope, com cefaléia, tontura e crise convulsiva no domicílio. Segue aguardando transferência.

TCE leve

Dayane Parente
Enf. 403.173

RESPONSÁVEL: ENF: DAYANE PARENTE PAULINO, COREN-CE 403173



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexandro Lima Coutinho, portador da carteira de identidade nº MG12375986 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.516.466-38, residente e domiciliado na Rua 7 de Setembro, Cidade Itapipema, Estado Paraná, 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:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Alexandro Lima Coutinho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itapipema - CE 21 Dezembro 2017

Local e data



Maia & Nogueira

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO



ALESSANDRO LIMA COUTINHO, brasileiro, casado, técnico agrícola, inscrito no CPF nº 050.516.466-38, e portador da Cédula de Identidade nº 12375986, residente e domiciliado na rua 7 de Setembro, CS Lote 02, Centro, Ibiapina/Ce, nomeia e constitui como seu procurador o advogado, Bernardo Aguiar Nogueira, inscrito na OAB/CE 36.484, com endereço profissional à Rua Inácio Pontes, nº 634, Centro, Ibiapina/Ce, outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante as repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares e empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer, atuar inclusive em processos referente a obtenção do prêmio do seguro DPVAT, dando tudo por bom e valioso.

Ibiapina - CE, 07 de dezembro de 2017.



Alessandro Lima Coutinho

ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Reconheço por:

☒ Autenticidade ☐ Semelhança

A(s) firma(s) de ALESSANDRO LIMA COUTINHO

em test. San de verdade.

07 DEZ 2017

Aquino Petrópolis - 1º Tabelião

CID 02
RECONHECIMENTO DE FIRMA
CG864.742

Rua Inácio Pontes, 634, Centro Ibiapina - CE

Telefones:

E-mails:

Dr. Raul F. Maia

Dr. Bernardo A. Nogueira

(88) 9.9637-2381

(88) 9.9624-3851

(88) 9.9238-7444

(88) 9.9324-2617

raulmaia.adv@hotmail.com

bernardonogueira.adv@hotmail.com