

Loteria

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

317-454578912-8

13/NOV/2019

HORA DE 11:52:27

LOT: 05.018238-2

TERM: 062214

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 0031

CONTROLE: 601088691

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM DINHEIRO

1922 013 00028101-5

FRANCISCO CLAUDIO ALMEIDA

VALOR : 100,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

317-454578912-8

1ª VIA

A Loterias CAIXA

CAIXA

Loterias CAIXA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:  DIARIAS (DESpesas de assistência médica e suplementares)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do acidente ou AQ: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: \_\_\_\_\_ 4 - Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2017

5 - Nome completo: Joaquim Claudio de Almeida 6 - CPF: 477.565.193-53  
 7 - Profissão: Garçom 8 - Endereço: Rua Pernambuco 9 - Número: 326 10 - Complemento: Colônia 9 km  
 11 - Bairro: Demócrito Rocha 12 - Cidade: \_\_\_\_\_ 13 - Estado: \_\_\_\_\_ 14 - CEP: 60.440-140  
 15 - E-mail: basilio.saraiva.advogado@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 38837-4801

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: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECLUSO INFORMAR  R\$1.000 A R\$1.000,00  R\$1.501,00 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 POUPEANÇA (somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 1922 CONTA: 000281015 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Ovi)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Graus de parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheira(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou parentes/irmãos?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/mãe 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário: Joaquim Claudio de Almeida  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
477.565.193-53  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
Joaquim Claudio de Almeida  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 05 de dezembro, 2020, Fortaleza  
Joaquim Claudio de Almeida  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019423466



**GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2048 / 2019

GUIA Nº 301 - 616 / 2019

FORTALEZA, 25 de Junho de 2019

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **FRANCISCO CLAUDIO DE ALMEIDA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **27/08/1971**

Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**

Filiação: **CARLOS AUGUSTO DE ALMEIDA**

**RAIMUNDA MARIA DE SOUZA ALMEIDA**

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSP**


Residência: **RUA PERNAMBUCO, 326, DEMOCRITO ROCHA, 60440-140 - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R TIRADENTES C/ RUA FRANCISCA CLOTILDE, RODOLFO TEOFILO - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **13/04/2019 13:00**

Observação: **AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO PARA FINS DE DPVAT.**

Laudo para: **DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL**

  
DELEGADO(A) EVANDRO ALVES

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia Policial nº 301 - 616 / 2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
 Impresso nº 2019423466



**GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2048 / 2019

GUIA Nº 301 - 616 / 2019

FORTALEZA, 25 de Junho de 2019

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESÃO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **FRANCISCO CLAUDIO DE ALMEIDA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **27/08/1971**

Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**

Filiação: **CARLOS AUGUSTO DE ALMEIDA**

**RAIMUNDA MARIA DE SOUZA ALMEIDA**

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSP**

Residência: **RUA PERNAMBUCO, 326, DEMOCRITO ROCHA, 60440-140 - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R TIRADENTES C/ RUA FRANCISCA CLOTILDE, RODOLFO TEOFILIO - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **13/04/2019 13:00**

Observação: **AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO PARA FINS DE DPVAT.**

Lauda para: **DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL**

Naturalidade: **FORTALEZA/CE**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Profissão: **MOTOQUEIRO**

Número: **91012042688**

UF: **CE**

*(Handwritten signature)*  
 Evandro Alves de Souza  
 Delegado de Polícia  
 Matr. 14699

DELEGADO(A) **EVANDRO ALVES DE SOUZA** Matr. 14699

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 301 - 616 / 2019 em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2048 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/06/2019 09:32:48**  
Data / Hora da Ocorrência: **13/04/2019 13:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA TIRADENTES C/**  
Complemento: **RUA FRANCISCA CLOTILDE**  
Bairro: **RODOLFO TEOFIL** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO ANTIGO CLUBE DO TIRANDENTES**



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO CLAUDIO DE ALMEIDA**  
Nascimento: **27/08/1971** CPF: **477.565.193-53**  
RG: **91012042688** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **RAIMUNDA MARIA DE SOUZA ALMEIDA**  
**CARLOS AUGUSTO DE ALMEIDA**  
Endereço: **RUA PERNAMBUCO, 326**  
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.440-140**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98837-4801**

*Almeida*

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSD1254** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9BWAB45Z3E4050443** Renavam: **569318505** Tipo do Veículo:  
**AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/FOX 1.6 GII** Ano Fabricação: **2013**  
Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA**  
Proprietário: **ANTONIA ROSMARI M ROSEO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **POP4990** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2KD1000HR005850** Renavam: **1104508432** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano  
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO CLAUDIO DE ALMEIDA** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA POP-4990-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA TIRADENTES E ESTAVA FAZENDO UMA ENTREGA PARA A EMPRESA EM QUE TRABALHA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OSD-1254, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA ; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
 Impreso nº 2019423483



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2048 / 2019**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*Bel. Evandro Alves de Souza*  
 Delegado de Polícia  
 MAT. 14699

**EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699**



Loteria

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

317-454578912-8

13/NOV/2019

HORA DE 11:52:27

LOT: 05.018238-2

TERM: 062214

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 0031

CONTROLE: 601088691

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

1922 013 00028101-5

FRANCISCO CLAUDIO ALMEIDA

VALOR : 100,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

317-454578912-8

1ª VIA

Loterias CAIXA

CAIXA

Loterias CAIXA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:  DIÁRIOS (DESpesas de assistência médica e suplementares)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do acidente ou AQ: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: \_\_\_\_\_ 4 - Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2017

5 - Nome completo: Joaquim Claudio de Almeida 6 - CPF: 477.565.193-53  
 7 - Profissão: Garçom 8 - Endereço: Rua Pernambuco 9 - Número: 326 10 - Complemento: Colônia 9 km  
 11 - Bairro: Demócrito Rocha 12 - Cidade: \_\_\_\_\_ 13 - Estado: \_\_\_\_\_ 14 - CEP: 60.440-140  
 15 - E-mail: basilio.saraiva.advogado@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 38837-4801

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: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECLUSO INFORMAR  R\$1.000 A R\$1.000,00  R\$1.501,00 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 POUPEANÇA (somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 1922 CONTA: 000281015 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Ovi)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Graus de parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheira?  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou parentes próximos?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/mãe 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário: Joaquim Claudio de Almeida  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
477.565.193-53  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
Joaquim Claudio de Almeida  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 05 de dezembro, 2020, Fortaleza  
Joaquim Claudio de Almeida  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014731884205  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 Cód. RENAVAM 1104508432 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME FRANCISCO CLAUDIO DE ALMEIDA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 47756519353 PLACA POP4990/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2KD1000HR005850

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL 2P / OCV / 162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL FORTALEZA DATA 22/02/2019

Igor Pontes  
Supervisor DETRAN-CE

**Nº DO CLIENTE****5065573**

Para aplicar nos equipamentos, utilize o nº acima sempre que existir um contrato assinado.

A Terceira Suelo de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 438  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Vaktovian, 192  
CEP 60120-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CEF 06.105.040-3**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 588269732

Rua 17 01240 12 245400 - 2 Data de Emissão 24/06/2019

Nome FRANCISCO CLAUDIO DE ALMEIDA

End. Postal RU PERNAMBUCO 00326

DEOCRITO ROCHA - FORTALEZA - 60140140

Medidor 7166475 Poste 1293 D345

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORHAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 477565193-55 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência Jun/2019

Data de Apresentação 24/06/2019

Previsão Próxima Latura 26/07/2019

**ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja o significado em nossa conta.

Conjunto 100%  
Mês Jun/2019 EUGO 7.56  
DICI = 0,00 P**ICMS**

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

15,00%

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,93	3,67	19,34	0,00	0,00	0,00
FC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,69			0,00		

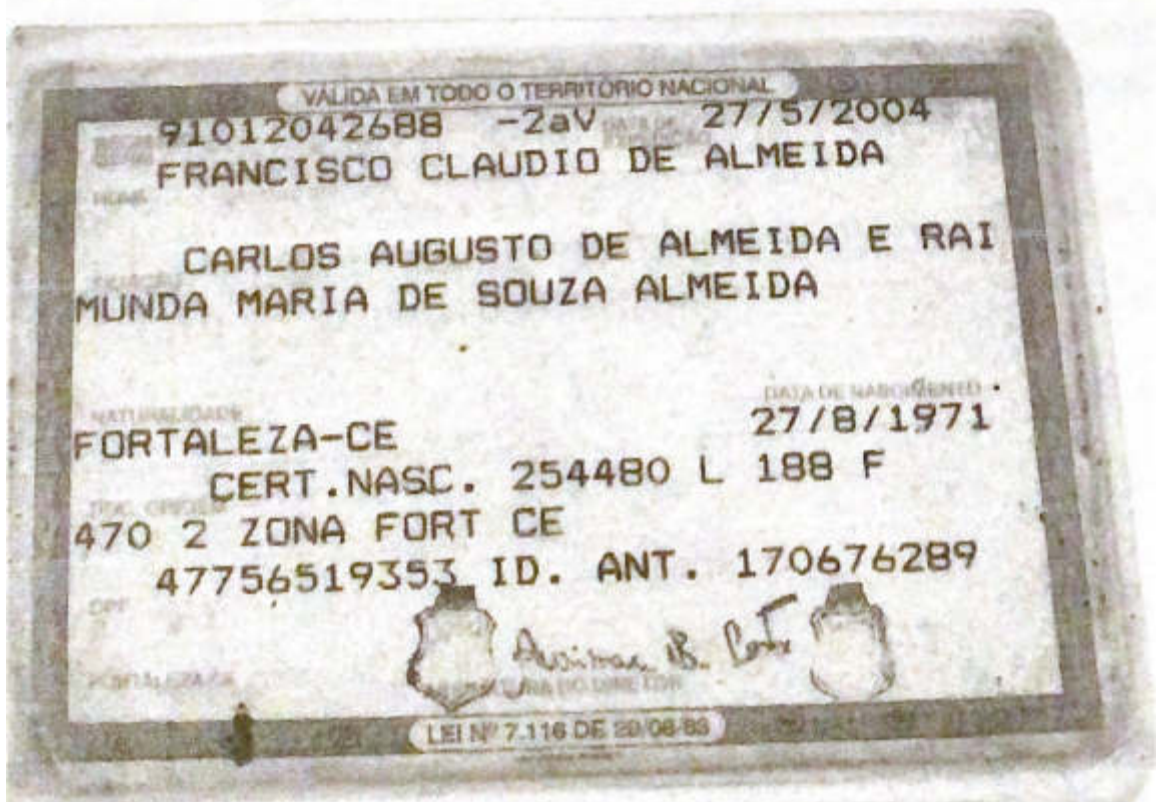
**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

CPF: 561.806.210-570, 6278.8436.2179

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77	439	433	1,00	26	8,00	1,75	16,54
24-06-19	24-05-19		31 D146		30		16,54

**DESCRIÇÃO**VALOR CONSUMO DO MÊS  
SALDO PARA PAGAMENTO FUTUROVALOR (R\$)  
16,54  
-16,54





## DECLARAÇÃO



SAMU  
**192**  
REGIONAL FORTALEZA

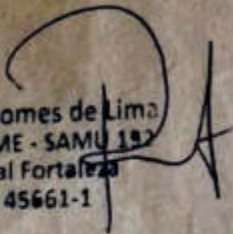
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Claudio de Almeida** - C.P.F. - **477.565.193-53**, no dia **13/04/2019**, às **14h03min**, na **Rua Tiradentes com Rua Francisca Clotilde**, no **Bairro Rodolfo Teófilo**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P711552/2019**.

Fortaleza, 07 de Junho de 2019.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

---

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Maurício Lopes Alves  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45659-1

---

**Maurício Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376198/20

**Vítima:** Francisco Claudio de Almeida

**CPF:** 477.565.193-53

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 13/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** Francisco Claudio de Almeida

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais

**Francisco Claudio de Almeida : 477.565.193-53**

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](http://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.**