



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome JAQUELINE DOS SANTOS MELO			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 2008098038679		CPF 603..399.673- 90	Estado Civil Solteira
Endereço Rua Antonio Domingues	Número 520	Complemento Casa	Profissão Funcionária Publica
Bairro Boa Viagem	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Rua Praça Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) 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 art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 05 de Abril de 2019.



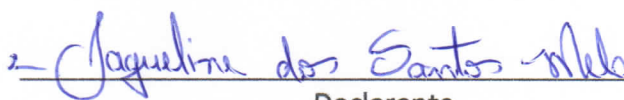
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome JAQUELINE DOS SANTOS MELO			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 2008098038679		CPF 603.399.673- 90	Estado Civil Solteira
Endereço Rua Antonio Domingues	Número 520	Complemento Casa	Profissão Funcionária Publica
Bairro Boa Viaginha	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - CE, 05 de Abril de 2019.



Declarante





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565604796

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
541736 DV **8**

VENCIMENTO
21/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
56,22

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

Rota 07 036040 01 022400

Medidor

Poste

Nome RITA BARBOZA DA SILVA

13327273

0000 A51W

Endereço Postal

End. da Unidade RU ANTONIO DOMINGUES 00520 BOAVIAGINHA BOA VIAGEM
Consumidora 63870000

RG / CPF / CNPJ 088.827.768-75

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
22000	21869	1	131	0	131

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
13/03/2019	10/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

69E0.B2D0.030B.12FC.D185.440C.3FBF.8B00

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,03
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,86
MULTA MORATORIA	1,62
TITULO DE CAPITALIZACAO BOA ACAO BOA SORTE	2,99
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	11,31

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

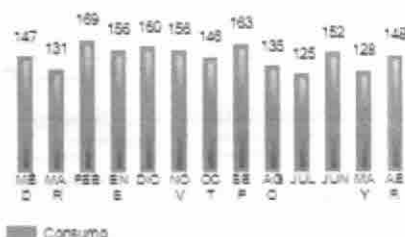
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,67

Conjunto BOA VIAGEM

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **541736-8** N° da Nota Fiscal: **565604796** Total a Pagar (R\$): **56,22**
Data de Emissão: **05/04/2019** Referência: **MAR/2019** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome JAQUELINE DOS SANTOS MELO			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 2008098038679		CPF 603.399.673- 90	Estado Civil Solteira
Endereço Rua Antonio Domingues	Número 520	Complemento Casa	Profissão Funcionária Publica
Bairro Boa Viaginha	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Boa Viagem - CE, 05 de Abril de 2019.


DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



Impresso nº 201934433

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 103 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **15/01/2019 10:22:00**Data / Hora da Ocorrência: **08/09/2018 05:00:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR020**

Complemento:

Bairro:

Município: **BOA VIAGEM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JAQUELINE DOS SANTOS MELO**Nascimento: **08/10/1994** CPF: **603.399.673-90**RG: **2008098038679**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA ALBERTINA NUNES DOS SANTOS MELO****LUIS BARBOSA DE MELO**Endereço: **RUA ANTONIO DOMINGUES , 485**Bairro: **CENTRO**Município: **BOA VIAGEM/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu acidente de trânsito no endereço: Rodovia BR020 próximo ao Arvoredo, Boa Viagem - Ce; QUE estavam envolvidos no acidente o Sra. JAQUELINE DOS SANTOS MELO, o qual pilotava a MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS PLACA PMT4073 LICENCIADA EM NOME SR.: DEODATO OLIVEIRA BEZERRA JUNIOR; QUE a Sra. JAQUELINE fraturou o pé direito e o dedo midin do pé direito e algumas escoriações pelo corpo neste acidente; QUE JAQUELINE quando estava em sua motocicleta vindo de uma churrascaria indo para sua casa, quando se deparou com algumas "tartarugas de sinalização" na rodovia BR020, que não conseguiu frear a motocicleta por completo, que se desequilibrou da mesma vindo a cair desta moto, que bateu com a cabeça no chão e desmaiou na hora, que estava sem capacete, que foi socorrida por um rapaz que passava no local do acidente e trazida por ele até o Hospital Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem-CE apresentando luxações no tornozelo direito e no dedo do pé direito; Que JAQUELINE foi internado em decorrência do acidente na cidade de Canindé no mesmo dia; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes RAFAELA DE SOUSA SANTOS, RG.:2002005029802-SSP-CE e FRANCISCA RENATA CARNEIRO, RG.:2007698243-7-SPP-CE; QUE apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: CÓPIA da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria de Sra. JAQUELINE, cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço do Sra. JAQUELINE (VÍTIMA), cópia do CRLV do

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM



Impresso nº 201934433

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 103 / 2019

veículo de placa PMT4073 ; cópia dos documentos: RG, CPF e
Comprovante de Endereço do Sra. RAFAELA DE SOUSA SANTOS
(TESTEMUNHA 01); cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de
Endereço do Sra. FRANCISCA RENATA CARNEIRO (TESTEMUNHA 02); E
NADA MAIS DISSE//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Jaqueline dos Santos Melo***VISTO DO DELEGADO(A) :****FLAVIA CAROLINA MONTEIRO FONSECA - MAT.: 30120264**TEST. 01.: *Rafaela de Sousa Santos*CEL.: *(88) 9.9619.7870*TEST. 02.: *Francisca Renata Carneiro*CEL.: *(88) 9.9778.6947*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
FABR. 01	VIA 1117317506	Nº 014058653732	EXERCICIO 2018
DEODATO OLIVEIRA *****		RNTC 0000000000	BOA VIAGEM/CE *****
03316854347 *****/CE	OFFICIN 9C2KD1000HR018834	PLACA FMT4073	COMBUSTIVEL GASOLINA
PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC HONDA/VXR 160 BROS	MARCA/MODELO 2P/OCV/162CC	ANO FAB 2017	ANO MOD 2017
CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA	VENC/COTAS 1 *****	PREMIO TARIFARIO (R\$) 1 *****
FAIXA IPIVA 1 *****	PARCELA VENTO/COTAS 2 *****	IOF (R\$) 3 *****	PREMIO TOTAL (R\$) 4 *****
DATA DE PAGAMENTO: 01/08/2018		DATA DE PAGAMENTO: 01/08/2018	
BOA VIAGEM Alvaro ... Superintendente		BOA VIAGEM Alvaro ... Superintendente	

[illegible]

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, DEODATO OLIVEIRA BEZERRA JUNIOR, Brasileiro (a), solteiro, autônomo, Portador (a) da CNH sob o nº. 972505555, emitido pelo órgão DNT/CE em 17/07/2014 e CPF sob o nº. 033.168.543-47, residente e domiciliado (a) na Rua Antonio Domingues, nº 520, bairro Boa Viagem, cidade de Boa Viagem, estado Ceará, CEP 63.870-000, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade, cujo condutora do veículo era JAQUELINE DOS SANTOS MELO

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/NXR 160 BROS

Ano/Modelo: 2017/2017

Placa: PMT 4073

Chassi: 9C2KD1000HR019834

Data do Acidente: 08/09/2018



Deodato Oliveira Bezerra Junior

Assinatura do Proprietário

Boa Viagem, 14 de Janeiro de 2018.

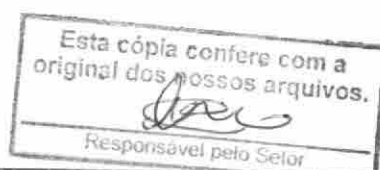
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que foi realizada uma busca minuciosa e não foi encontrado a Ficha de Serviço de Pronto Atendimento da Paciente, **JAQUELINE DOS SANTOS MELO**, com data de atendimento do dia **08/09/2018**. **PORÉM NESTE MESMO DIA CONSTA NO LIVRO DE TRANSFERÊNCIA QUE A MESMA FOI TRANSFERIDA PARA CANIDÉ COM LUXAÇÃO E FRATURA.**

Sem mais, nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Boa Viagem/CE, 21 de Dezembro de 2018.



Responsável pelo setor.
CSAM

Fax: 07.806.680/0001-84
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, n. 100
Centro- CEP: 63.870-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem-Ce

141800 11690
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

fls. 18

FICHA DE REFERÊNCIA

CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA

Rua São Vicente de Paula, 100 Centro.

Fone (88) 3427-1136 - Boa Viagem - CE

CNPJ: 07.806.680/0001-84

1. PREENCHA ESTA FICHA EM 1 VOLUME
2. AO TERMINAR A CONSULTA
TRATAMENTO ENTREGAR 2 VAGAS AO
USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR
COM A 1ª VAGA À UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM

DISTRITO SANITÁRIO

MUNICÍPIO

NOME Jaqueline dos Santos Melo

PRONTUÁRIO Nº

SEXO ☒ M () F () DATA DE NASCIMENTO 02/10/94 OCUPAÇÃO

ENDEREÇO

BAIRRO

TEL

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Pcte, 23a, vítima de acidente
em tombo misto, CI luxação tornozelo direito e
RESULTADO DE EXAMES: fratura de 5º Metatarso

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DE

Dr. Kallier

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE

Nº REGISTRO

Médico

UNÇÃO

08/09/18

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL () HOSPITALAR ()

PROCEDIMENTO: Avaliação

PROFISSIONAL: Tramir dos Santos

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DATA: / /

HORA

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

SECUNDÁRIO 1

SECUNDÁRIO 2

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE

Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA



Clínica

Dr. Gutemberg M. Farias Filho

CRM 6087

Clínico Geral - Ginecologista - Obstetra - Cirurgião geral

Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

LAUDO MÉDICO**Nome: JAQUELINE DOS SANTOS MELO****Cpf: 603.399.673-90****Idade: 24 anos****Data do Acidente : 08/09/2018**

**PRELIMINARMENTE, SEGUNDO DEPOIMENTO PESSOAL DA PACIENTE,
ANALISE DA PROVA DOCUMENTAL APRESENTADA E EXAMES CLINICOS
REALIZADOS, O PACIENTE APRESENTA QUADRO DE LESÃO DECORRENTE
DE ACIDENTE VEICULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE.**

**Feito as considerações iniciais, passamos a analisar o quadro clinico do
paciente.**

I. Com base no quadro clinico atual do paciente, favor registrar :

**a) Qual a região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de
uma, informar**

Resposta : FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**B) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da
vitima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o
quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar,
considerando – as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do
trauma.**

**Resposta : PACIENTE APRESENTA LESÃO DECORRENTE DE ACIDENTE DE
TRÂNSITO, OCORRIDO NO DIA 08/09/2018, NO QUAL TEVE FRATURA DO
TORNOZELO DIREITO.**

Rua Alfredo Terceiro, 554 – Centro – Boa Viagem

Fone: (88) 3427-7287 – Cep: 63.870-000 – Ceará

E-mail: clinicadrgutemberg@hotmail.com



Clínica

Dr. Gutemberg M. Farias Filho

CRM 6087

Clínico Geral - Ginecologista - Obstetra - Cirurgião geral

Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

C) Diagnóstico do paciente ?**Resposta : O PACIENTE TEVE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.****II. Com base no exame clinico se pode afirmar que o quadro cursa com :**

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médico compatível, previsto para uma reavaliação.

b) (X) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Resposta: O PACIENTE TEM BASTANTE DIFICULDADE DE MOVIMENTAR AO PERNA, SEMPRE INCHA O TORNOZELO DIREITO, E O MESMO ESTA DE ALTA DEFINITIVA.

III. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a qualificação da (s) lesão (ões) permanentes (s) de dano (s) anatômico (s) e/ou funcional (is) definitivo (s) especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento (s) corporal (is) acometido (s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar :

() Total (Dano Anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).



Clinica
Dr. Gutenberg M. Farias Filho

CRM 6087

Clinico Geral - Ginecologista - Obstetra - Cirurgião geral

Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgões

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento Corporal da Vitima).

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vitima).

Segundo o previsto no inciso II, S 1º do Art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1º Lesão : FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Marque o percentual : () 10 % Residual () 25% Leve () 50 % Médio
(X) 75 % Grave

2º Lesão : _____

Marque o percentual : () 10 % Residual () 25% Leve () 50 % Médio
() 75 % Grave

3º Lesão : _____

BOA VIAGEM, 12 DE MARÇO DE 2019.

Dr. Gutenberg M. Farias Filho
CRM 6087

Dr. Gutenberg Mendes Farias Filho

CRM 6087

Rua Alfredo Terceiro, 554 - Centro - Boa Viagem
Fone (88) 3427-7287 - Cep 63.870-000 - Ceará
E-mail: clinicadrgutemberg@hotmail.com

SINISTRO 3190094346 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JAQUELINE DOS SANTOS MELO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO JAQUELINE DOS SANTOS MELO**CPF/CNPJ:** 60339967390**Posição em 05-04-2019 10:13:01**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário (a): JAQUELINE DOS SANTOS MELO - Sinistro: 3190094346
Valor Nominal	R\$ 1.687,50
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	8/9/2018 a 1/3/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	174 dias	1,014264
Percentual correspondente	174 dias	1,426425 %
Valor corrigido para 1/3/2019	(=)	R\$ 1.711,57
Sub Total	(=)	R\$ 1.711,57
Valor total	(=)	R\$ 1.711,57

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	1.687,50
Data inicial	8/9/2018
Data final	1/3/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
8/9/2018	1/10/2018	0,2299 (%)	1.691,38
1/10/2018	1/11/2018	0,4000 (%)	1.698,15
1/11/2018	1/12/2018	-0,2500 (%)	1.693,90
1/12/2018	1/1/2019	0,1400 (%)	1.696,27
1/1/2019	1/2/2019	0,3600 (%)	1.702,38
1/2/2019	1/3/2019	0,5400 (%)	1.711,57

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 1.711,57
Valor total	(=)	R\$ 1.711,57

Retornar Imprimir