



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	01292926620188060001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	03/05/2021 13:51:23

Partes

Solicitante:	Bradesco Auto/re Companhia de Seguros
--------------	---------------------------------------

Documentos

Petição:	2694779_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento:	SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação:	2694779_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-20.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	BRADESCO AUTORE - 1-17.pdf
Documentação:	BRADESCO AUTORE - 18-19.pdf

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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11336272

A/C: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170385643 ASL-0268558/17
Vitima: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA
Data Acidente: 07/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2017

Carta nº: 11352057

A/C: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Sinistro: 3170385643 ASL-0268558/17
Vítima: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA
Data Acidente: 07/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2017

Carta nº: 11425986

A/C: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Sinistro: 3170385643 ASL-0268558/17
Vítima: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA
Data Acidente: 07/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 00000716-1

Conta: 000001000314-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5581960537

EXPEDIDO POR DETRAN/CE

EM 08/07/13 E

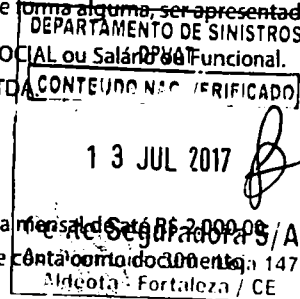
CPF 962916643-72 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO CONDUTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO LAUDENI DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário DPVAT Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento 147 Ardeota - Fortaleza / CE
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 316-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000314-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Francisco Laudeni da Silva de 05 de maio de 2017
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

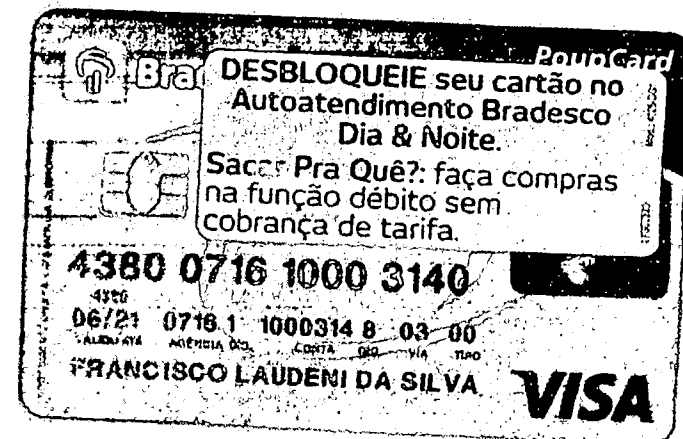
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NF-VERIFICADO

13 JUL 2017

Ge. te Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Miletoia - Fortaleza / CE



DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

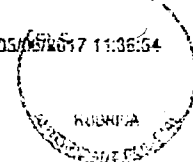
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL



Impresso em: 05/05/2017 11:36:54



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 1885 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/06/2017 11:38:41**

Data / Hora da Ocorrência: **07/05/2017 19:11:00**

Endereço da Ocorrência: **VIA CE 356**

Complemento:

Bairro: **CAPIM DE ROÇA**

Município: **CASCAVEL/CE**

Ponto de Referência: **ESTRADA DA COLUNA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LAUDENI DA SILVA**

Nascimento: **16/08/1978** CPF:

RG: **20073020049**

Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **RAIMUNDA NONATA DA SILVA**

FRANCISCO VITORIANO DA SILVA

Endereço: **RUA PREAOCA, 36 CASA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CASCAVEL/CE**

País: **BRASIL**

Telefone:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

UF:

13 JUL 2017

Ge. de Seguradora S/A

Av. Dom Lucas 300, Loja 147
CEP: 62.650-000
Aracati, Fortaleza / CE

Histórico

Afirma a vítima que sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB: QUE no dia e hora acima especificados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA: NOT-1459, EM SEU NOME; Que, a vítima estava no endereço supra quando tentou desviar de um bêbado caiu dentro do buraco perdendo o controle do veículo, o registrante caiu no solo onde sofreu escoriações pelo corpo uma forte pancada na cabeça e no tórax ficou com olho roxo e cuspiendo sangue passou dois dias internado; Que, foi socorrido pela ambulância do SAMU levado para o Hospital IJTF local onde foi medicado e fez exames I; QUE estão em anexo as cópias: RG DA VITIMA, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, GUIA HOSPITALAR CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO; QUE, VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Daniel Menezes Alencar Gonçalves - MAT.: 300274-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Laudeni da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIA JANINE ESPINDOLA - MAT.: 198659-1-7



DELEGACIA MUNICIPAL
DE POLÍCIA CIVIL DE CASCAVEL

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, FRANCISCO LAUDENI DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 5531966537 e inscrito no CPF/MF sob o nº 962.916.643-72, residente e domiciliado na VL 1005, Cidade QUIMDORÉ, Estado CE, 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:

☒ 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.

Francisco Laudeni da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza 05-06-17

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 JUL 2017
Com. Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Loja 147 Vila de Fortaleza - Fortaleza / CE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

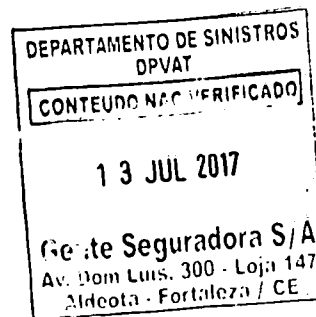


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **FRANCISCO LAUDENI DA SILVA**, portador do RG 20073020049 e inscrito no CPF 962.916.643-72, no dia 7/05/2017, às 19h11, no município de Cascavel/CE, na CE 356, na Estrada da Coluna, vítima de queda de moto, sendo o mesmo encaminhado para o **Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 19 de Maio de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

02/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

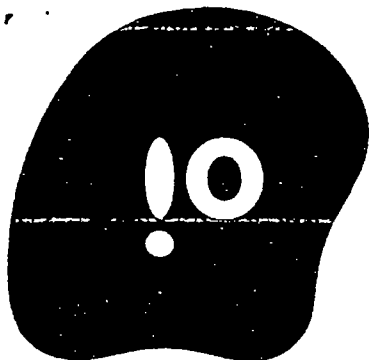
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000001000314-8

Nr. Autenticação

BRADESCO00208201705000000000023700716000001000314135000 PAGO



ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E CADASTRE-SE.



ntos

- Fazer sua adesão à Conta Online
- Emitir 2ª via de conta
- Consultar o código de barras para pagamento
- Acompanhar o consumo

ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI
E USE A INTERNET PARA:

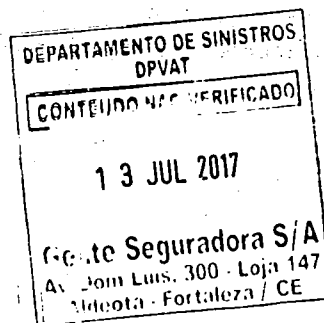
NA MINHA OI É TUDO MAIS FÁCIL.



CTCE FORTALEZA CE PL5
JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
RUA JOAO D FONTINELE 3309
REF: PROXIMO AO DEPOSITO DETE
JD PRIMAVERA
62850-000 - CASCABEL - CE



7213512820 29984 00004281868 30 230517



ANATEL - 1331

Endereço: 10331 para AL, AM, AP, PA, CE, ES, MA, MG, PE, PI, RJ, RN, RS, SE
Fone: 0800 10331 para AL, AM, AP, PA, CE, ES, MA, MG, PE, PI, RJ, RN, RS, SE
Fax: 0800 10331 para AL, AM, AP, PA, CE, ES, MA, MG, PE, PI, RJ, RN, RS, SE
E-mail: atendimento@anatel.gov.br
Site: www.anatel.gov.br

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR:

PARA USO DOS CORREIOS			
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> FALCIDO	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> CEP INCORRETO	<input type="checkbox"/> ESCRITA PELO PORTEIRO
<input type="checkbox"/> RECUSADO	<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO	<input type="checkbox"/> OU SÍNDICO
REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:		RESPONSÁVEL	

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEBO

ANEXO II



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA, portador(a) do

RG nº 2008747508-6, expedido por SSP/CE, em

18 / 02 / 14, CPF/CNPJ nº 420.980.842-34,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO

LAURENTE DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INSTRUMENTO

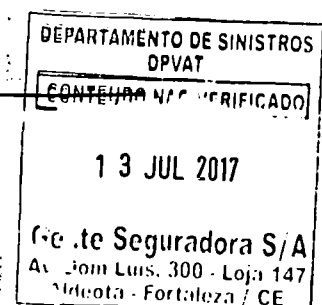
da vítima FRANCISCO LAURENTE DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU INFORMAR Renda Mensal: R\$ RECUSOU INFORMAR

Documentos comprobatórios: RG / CPF / CNP

JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CDS. EMISSOR: 20073020049 SSPDS CE

CPF: 962.916.643-72 DATA NASCIMENTO: 16/08/1978

FUNÇÃO: FRANCISCO VITORINO DA SILVA
RAIMUNDA MONATA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CALIBRA: AB

VALIDADE: 29/04/2018 1ª HABILITAÇÃO: 05/07/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 749747680

PROIBIDO PLASTIFICAR 749747680

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador: Francisco Laudeni da Silva

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 08/07/2013

Assinatura do Carimbo: 51968118017 CE136578322

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CONTATOS
(85) 3334.3305 / 9919.9797
9402.3898 / 8758.4991

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2017

Co. de Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Mdeota - Fortaleza / CE



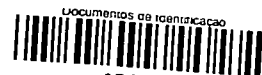
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTeira DE IDENTIDADE

JOSE MAURICIO F DA SILVA

Polegar Direito

0012

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008747508 - 6 DATA DE EXPIRAÇÃO 18/02/2014

NOME JOSÉ MAURICIO FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ CALIXTO DA SILVA

MARIA HEUSA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 02/02/1972

DOC. ORIGEM CERT. CASAM.: C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO: GUANACÉS TERMO: 673

FOLHA: 107 LIVRO: B-02 CASCABEL - CE RG: ANT: 425501

CPF 420.980.842-34 P.: 1

1 VIA ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 11.127 DE 20.06.2002

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2017

Ge. te Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Mdeota - Fortaleza / CE



-0007-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES**DETRAN - CE** Nº **013145292551**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVIA **01** CÓD. RENAVAM **00168416026** R.N.T.R.C. **00000000000** EXERCÍCIO **2016**

NOME

FRANCISCO LAUDENI DA SILVA*****
*******PINDORETAMA /CE**

CPF / CNPJ

96291664372

PLACA

NQT1459/CE

PLACA ANT. / UF

/CE

CHASSI

9C2KC15309R011514

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO AUTIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.

2009

ANO MOD.

2009

CAP. POT. / CIL.

2P/OCV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

****/**/****

VENC. / COTAS

1*****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2*****

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

PINDORETAMA

DATA

08/11/2016

Superintendente

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGUIR DPVAT**CE Nº 013145292551 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

2016 09/11/2016

VIA

01

CPF / CNPJ

96291664372

PLACA

2459

RENAVAM

00168416026

MARCA /

HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB.

2009

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2KC15309R011514**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$)

229,04

DENATRAN (R\$)

14,34

CUSTO DO SEGURO (R\$)

143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IOF (R\$)

1,11

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

292,01

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

08/11/2016**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC15E39011514**00602**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO Nº 013145292551

13 JUL 2017Reite Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 Loja 147
Vila Santa - Fortaleza / CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170385643

Cidade: Cascavel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Data do acidente: 07/05/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico (fratura da face).

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular (limitação dos movimentos da articulação temporo mandibular), assimetria facial, dor a mastigação e perda de elementos dentários.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de limitação funcional da articulação temporo facial.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA LEAL

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

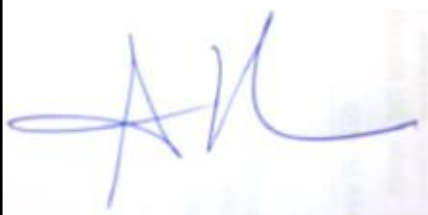
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO LAUDENI DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): VL NOVA, S/N - S/N - Pindoretama/CE - CEP 62860-000
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 20073020049 - SSP-CE - 04/06/2009
Data e Local do Exame : 31/07/2017 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL LEVE, COM FRATURA DA FACE.

Exame Físico: ASSIMETRIA FACIAL DISCRETA, DOR À MASTIGAÇÃO, PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, PARA TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE, PELA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E BLOQUEIO ARTICULAR DA ATM.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

CRÂNIO-FACIAL.

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



André de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRÉ DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170385643

Cidade: Cascavel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Data do acidente: 07/05/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

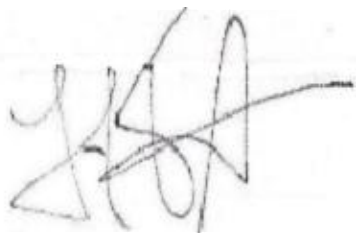
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 20073020049	
CPF nº: 962.916.643-72	Residência: VL NOVA		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: PINDORETAMA	Estado: CEARA	CEP: 62850-000

OUTORGADO:

Nome: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: DIVORCIADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 2008747508-6	
CPF nº: 420.980.842-34	Residência: ANTIGA ROD CE 040		
Bairro: ALTO LUMINOSO	Cidade: CASCABEL	Estado: CEARA	CEP: 62850-000

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 à Seguradora Líder ou qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Laudeni da Silva, ocorrido em 07 / 05 / 17, 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, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os formulários e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

PINDORETAMA / CE, 05 de JUNHO de 2017.

CARTÓRIO
PAULO PEDROSA

Francisco Laudeni da Silva
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

Reconheço por Autenticidade a(s) da firma(s)
Francisco Laudeni da Silva
Pindoretama- CE, 05 JUN 2017
Em testemunho
PAULO RICARDO PEDROSA COSTA MACHADO
Escritor autorizado na forma do
Art. 208º da Lei 8923/94

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 JUL 2017
C. Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fortaleza - Fortaleza / CE