



**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_0
1 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação: 2694779_CONTESTACAO_A
nexo_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 inicio 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,



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.

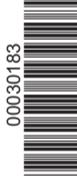
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11425986

A/C: FRANCISCO LAUDENI DA SILVA

Sinistro: 3170385643 ASL-0268558/17
Vitima: 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

Autorização de pagamento



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 Lacerda da Silva

POR TADOR(A) DO RG Nº 55.81.96.05.37 EXPEDIDO POR NETELETA EM 08/10/13 E

CPF 96291664372 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO OUTRORA

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Lacerda 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-Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA. CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
- 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 Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta);
- 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.

13 JUL 2017

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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 716-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000 314-8

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) 716-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000 314-8

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.

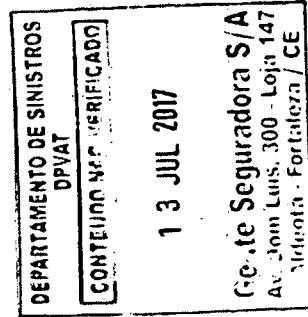
2017 de maio de 2017
LOCAL E DATA

Francisco Lacerda da Silva

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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **CASCABEL/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: **CASCABEL/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO N/A VERIFICADO
UF: 13 JUL 2017
Gente Seguradora S/A
Avenida Lúcio Costa, 300 - Loja 147
Metrópole, Fortaleza/CE
CNPJ: 22.550.022/0001-47

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 cuspidão 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 VEICULO; 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 CASCABEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: João Pedro Gonçalves
Daniel Menezes Alencar Gonçalves - MAT.: 300274-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Laudenir da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIANNE ESPINDOLA - MAT.: 198859-1-7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco Lourenço da Silva, portador da carteira de identidade nº 5531960537 e inscrito no CPF/MF sob o nº 962.916.643-72, residente e domiciliado na VL 4005, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, 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 Lourenço da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

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

05-06-17

Local e data

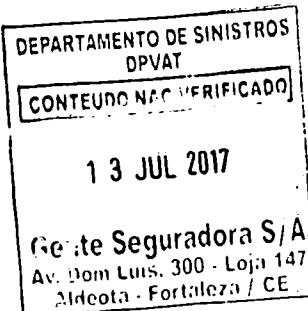


CERTIDÃO NARRATIVA

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



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

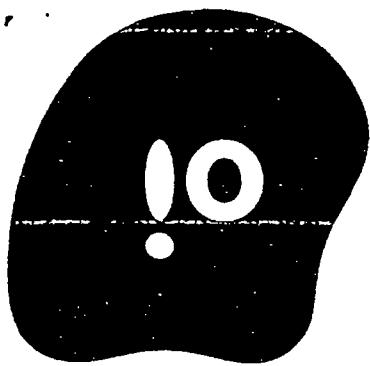
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 00001000314-8

Nr. Autenticação

BRADESCO02082017050000000002370071600001000314135000 PAGO

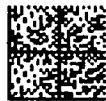


notas

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

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

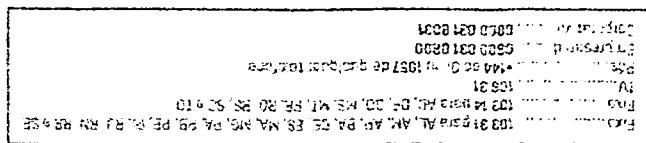
E TUDO MAIS FÁCIL.
NA MINHA OI



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



ANATEL - 1331



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR:

<input type="checkbox"/> MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> FALCIDO	<input type="checkbox"/> ENDERECO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> ESCRITA	<input type="checkbox"/> CEP INCORRETO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> RECUSADO	<input type="checkbox"/> NAO PROCURADO	<input type="checkbox"/> NAO EXISTE O NÚMERO INDICADO	<input type="checkbox"/> PELD PORTERIO	<input type="checkbox"/> REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:	<input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL
-----------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--	---	--	--	--------------------------------------

PARA USO DOS CORREIOS

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CFD0

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.

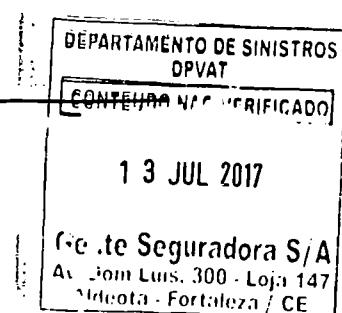
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

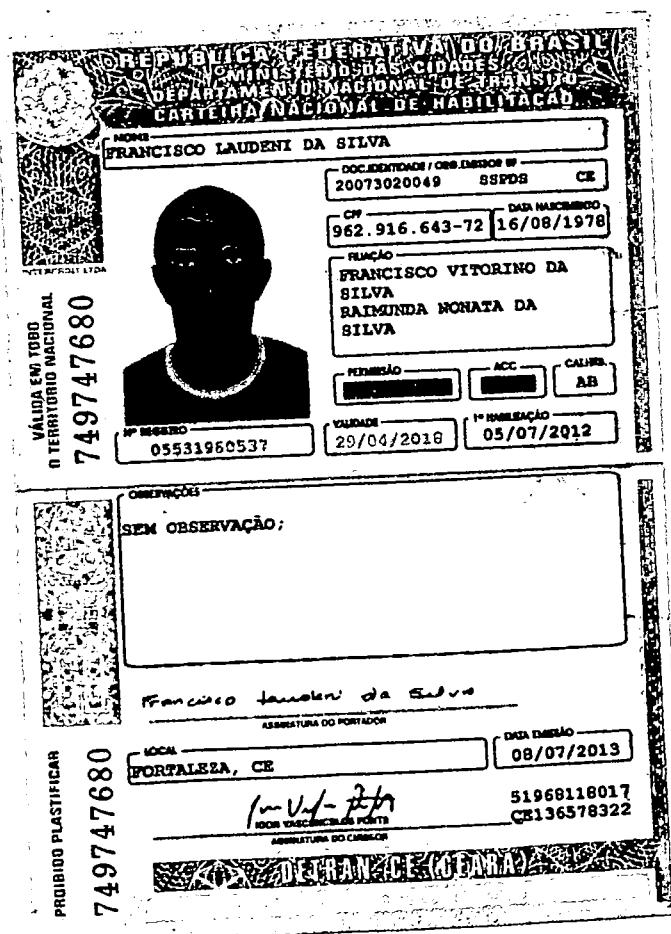
Pelo exposto, eu João Maurício Ferreira da Silva, portador(a) do RG nº 2008747508-6, expedido por SSP/CE, em 18/02/14, CPF/CNPJ nº 420.980.842-34, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisco Maurício da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Acidente da vítima Francisco Maurício 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 / GND

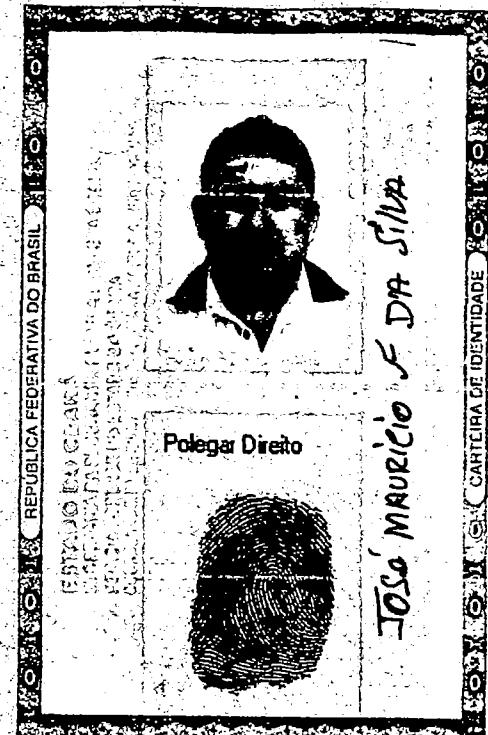
João Maurício Ferreira da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





CONTATOS
(85) 3334.3305 / 9919.9797
9402.3898 / 8758.4991

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTE JOC N.º C VERIFICADO
13 JUL 2017
Brasile Seguradora S/A Av. Tom Luis, 300 - Loja 147 Fortaleza / CE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2009747508 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/02/2014

NAME: 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 CASCAVEL - CE

CPF: 420.980.842-34 RG: ANT: 425501

P.: 1

1. VIA

Assinatura do eleitor

LEIA O CONTRATO DE SEGURO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUL 2017

Brasile Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza / CE



-90007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE **Nº 01314529255**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 00146415026 0000000000 2014

CPF / CNPJ _____ PLACA _____
96291664372 NDT1450 (DF)

PLACA ANT/UF CHASSI

ESPECIE TIPO: COMUS

GASOLINA
ANO FAB ANO MOD

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
1.000/110/150		

COLV/149CC PARTIC VERMELHO
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS

FAIXA I. P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

3% **京京京京京京**
EMI TARIÉFARIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO

DESENVOLVIMENTO

LOCAL DATA
NDOSETAMA 08/11/2016

for Party

Superintendence

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DE VIDA

CE Nº 013145292551 BILHETE DE SEGURO JF-VAT

**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 —

VIA	01	96291664372	PLACA
RENAVAM	00168416026	MARCA/ MODELO	459
ANO FAB.	2009	NO CHASSI	HONDA/CB 150 F TAN E
CAT. TARIF.	09	9C2KC15309R011514	

PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGUIMENTO (R\$)	
29,04	14,34	143,38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
4,15	1,11	292,01	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	08/11/2016	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SNPE 93-340-6080001-01

MOTDE: KC15E38011514

10067

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Agente Seguradora S/A
Av. 20m Luis, 300 Loja 147
Unicruz - 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 cráneo 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 término 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

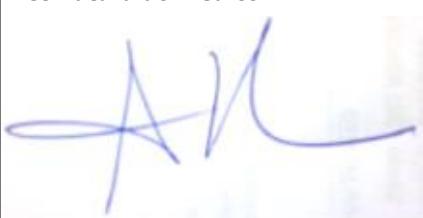
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

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 - Orgão 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 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.



Andre 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

Valorização 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

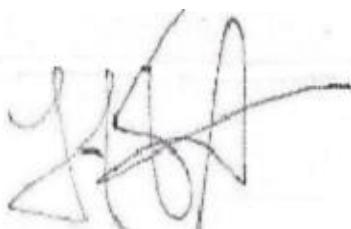
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

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: CASCAVEL	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.

Francisco Laudeni da Silva / CG, 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
em testemunho 15 JUN 2017

PAULO Ricardo PEDROSA Costa Machado
Fazenda da Fazenda Costa Machado
Escrevente autorizado na Forma do
Art. 208º da Lei 8923/94

