



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019706013



fls. 7

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3361 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/10/2019 13:38:45**
Data / Hora da Ocorrência: **06/03/2019 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV GENERAL OSÓRIO DE PAIVA, 6399, CANINDEZINHO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **SUPERMERCADO COMETA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LAURIANO FERREIRA DA SILVA JÚNIOR**
Nascimento: **17/03/1998** CPF: **064.518.033-59**
RG: **20080392266** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA RODRIGUES FERREIRA LAURIANO DA SILVA MENEZES**
Endereço: **RUA JOSÉ LUCAS , 405**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.762-695**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98799-1532**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, ao tentar atravessar a avenida foi atropelado por um carro de placas não anotadas, o qual em seguida evadiu-se; QUE, o declarante ficou lesionado e foi socorrido em uma ambulância do SAMU, sendo levado ao IJF-Centro, onde recebeu os primeiros atendimentos; QUE, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente que o prazo para representação criminal é de 06 (seis) meses; QUE, nada mais disse. **FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: LAURIANO FERREIRA DA SILVA JÚNIOR

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7



DECLARAÇÃO




Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Lauriano Ferreira da Silva Júnior - C.P.F. 064.518.033-59**, no dia **06/03/2019**, às **16h50min**, na **Avenida Gen. Osório de Paiva**, no **Bairro Canindezinho**, vítima de acidente de trânsito.

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

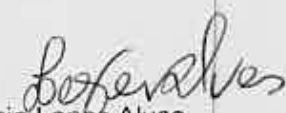
Documento requerido por meio do Processo nº **P589218/2019**.

Fortaleza, 14 de março 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


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



NR 0535/19

NR 0031/METO 04

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: JSA 03	PONTO DE APOIO: UTC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0665
DATA: 06/03/2019	TURNO: MT	EQUIPE: Raulen / Juvenil / Herculano
NOME: CAURIANO FERREIRA DA SILVA JÚNIOR	IDADE: 20	SEXO: M
ENDEREÇO: AV. US. 100 3ª FAIXA 6399	BAIRRO: Camocim	
REFERÊNCIA: 1500 CONETA		
QTY: 10:35	QUS: 16:50	QUY: 17:25
QUU: 17:50		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ATROPELAMENTO POR CARRO.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

- ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A
Vitalidade

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐ NORMAL
☒ ALTERADA: discrepâncias
+ equimose

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

- ☐ NORMAL
☒ ALTERADA: ronco rítico

B
Respiração

PULSO

- ☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FLUFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

LOCAL:

PELE

- ☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☒ SIM
☐ NÃO

C
Circulação

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA ☐ 4
ÁVOZ ☒ 3
À DOR ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 14

RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

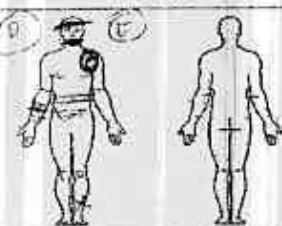
RESPOSTA MOTORA

- OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

- PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

D
Neurológico

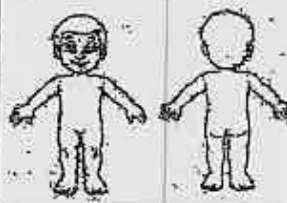
ADULTO



LESÕES

- ① hematomas em face (testa) extensa difrontal
② laceração em queixo
③ Equimose em tórax à ⑥
④ Múltiplas lesões em abdome
⑤ Edema em tornozelo ⑥
SAMPDA

PEDIÁTRICO

E
Exposição

FC: 65 bpm PA: 155x78 FR: 18 GUC: OXIM.: 98% TEMP.: 36,4°C

Paciente sexo masculino, 20 anos, vítima de atropelamento por carro. Na chegada ao UH, apresenta consciência, orientado, verbalizando, obedecendo comandos. Realizada imobilização de coluna cervical com colar e prancha rígida. Administrado regime supratentorial, punção de urina venosa periférica e cateterismo de drenagem urinária. Transporte realizado sem intercorrências para UH.

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 06/03/2019 17:29:28	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 706207584251864	NOME: LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR				Registro: 5606112		
CPF: 03451803359	RG: 20080382266	D. NASC: 17/03/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA RODRIGUES FERREIRA				NOME DO PAI: LAURIANO DA SILVA MEMEZES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE LUCAS		Nº: 411	BAIRRO: MONDUBIM			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 999722614	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60782695			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIO		PARENTESCO: AMIGO		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPI DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)							
QUEIXAS: História de síncope após atropelamento por carro. Laceração frontal e em face. Equimose em hemitórax E. Múltiplas escoriações em região abdominal.							
OBSERVAÇÕES: Curta e torção de TCE							
SatO2= 98%; FC= 65bpm							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Forte		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: LAURIANO FERREIRA DA SILVA JÚNIOR

ATESTO PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS QUE A PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF DEVIDO:

- FRATURA DE MALÉOLO LATERAL EM PERNA ESQUERDA.
- FRATURA CONSOLIDADA, RADIOGRAFIA COM SINAIS DE ARTROSE. REFERE DOR RESIDUAL, LIMITAÇÃO DA ADM DE TORNOZELO E LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO HÁLUX DIREITO.
- ESTÁ EM REABILITAÇÃO NA FISIOTERAPIA.

CONTINUA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL SEM PREVISÃO DE ALTA.

C.I.D.: S82.6

Dr. Márcio Parahyba Jr.
Médico
CRM: 19339
FORTALEZA 17/07/19



Fortaleza, 21 de Março de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o sr. **LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR**, encontra-se internado pelo serviço de traumatologia no IJF, desde o dia 06/03/19, estando em tratamento para **DISJUNÇÃO SÍNFISE PÚBLICA**, com indicação cirúrgica, sem previsão de alta

Atenciosamente,

Dr. Diego Freitas Félix
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMEC 19808

DR. DIEGO FÉLIX

MÉDICO RESIDENTE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - IJF

Prefeitura de
Fortaleza

UF

LAUDO MÉDICO

NOME: LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se internado neste hospital – UF, setor traumatologia, unidade 13, leito 1313, devido DISJUNÇÃO SÍNFISE PÚBLICA.

Deu entrada neste serviço em 06/03/2019 com disjunção sínfise púbica sendo submetido à cirurgia de fixador externo na emergência.

Mantém internado neste hospital aguardando cirurgia definitiva.

Sem previsão de alta para o momento.

Cid-10: J14.3

Fortaleza, 28/03/19

Dr. Diego Freitas Félix
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM-UF 19008

Resumo de alta

NOME: *

LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

LEITO:

1313

DATA DE INTERNAÇÃO:

06/03/2019

DATA DA ALTA:

17/04/2019

BE/PRONT:

5606112

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

21

DIAGNOSTICOS:

Ruptura traumática da sínfise púbica (CONSERVADOR) + Outros traumatismos especificados do tornozelo e do pé (CONSERVADOR)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESÃO:

RETORNO AO AMBULATORIO DR MARCOS GIRAÓ EM 15 DIAS - RETORNO AO AMBULATORIO DR LUIZ HOLANDA EM 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - RETIRAR OS PONTOS APOS 15 DIAS - TROCAR CURATIVO A CADA 2 DIAS - MANTER CURATIVO LIMPO - NÃO PISAR ATE O RETORNO - TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

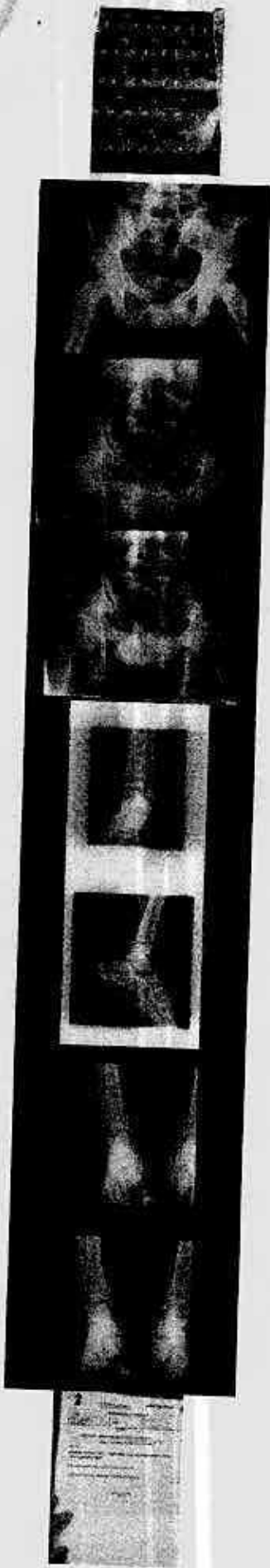
RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO











STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE INDEFINIDO

RESIDENTE INDEFINIDO

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:

LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

LEITO:

1313

DATA DE INTERNAÇÃO:

06/03/2019

HG Residência - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

DATA DA ALTA:

17/04/2019

BE/PRONT:

5606112

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

21

DIAGNOSTICOS:

Ruptura traumática da sínfise púbica (CONSERVADOR) + Outros traumatismos especificados do tornozelo e do pé (CONSERVADOR)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

RETORNO AO AMBULATORIO DR MARCOS GIRAO EM 15 DIAS - RETORNO AO AMBULATORIO DR LUIZ HOLANDA EM 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - RETIRAR OS PONTOS APOS 15 DIAS - TROCAR CURATIVO A CADA 2 DIAS - MANTER CURATIVO LIMPO - NAO PISAR ATE O RETORNO - TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

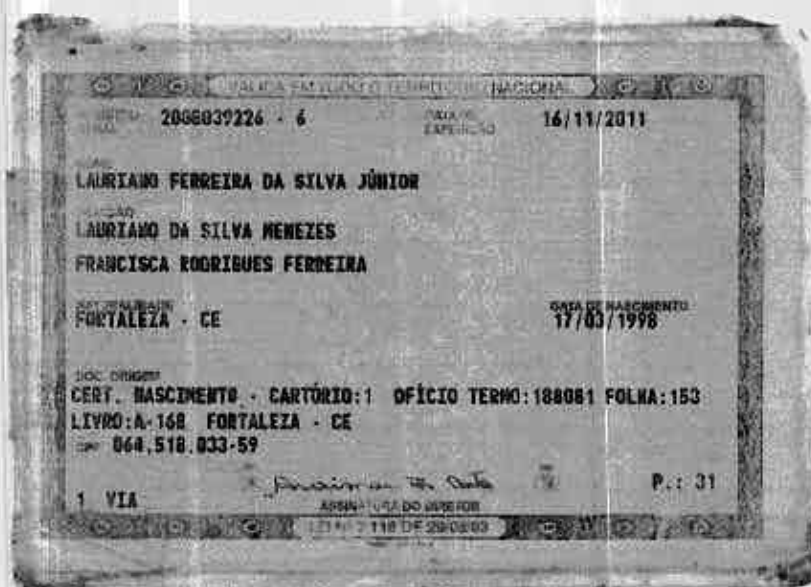
Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Dispensa do trabalho por : 120 dias



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 22/03/2019 - Sexta-Feira									
34	1	07:30	1313	CLODOALDO JOSE DUARTE DE SOUZA			KIT BÁSICO + CHAVE 10ALICATE DE PRESSAO E CHAVE DE BOCA 10 + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	REALIZADA
RUPTURA TRAUMÁTICA DA SÍNFISE PÚBICA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO TORNOZELO E DO PÉ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) 04.08.06.0360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO									
Marcado por: DIEGO FREITAS F em: 29-03- 2019 9:23:50									
Ass.: <u>Dr. Diego Freitas Felix</u> <u>Otolaringologista e Traumatologia</u> <u>Médico Residente</u> <u>CRM/SP 13805</u>						Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____			
Data: <u>09/04/19</u>									



1821521

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

Regularizar seu atendimento, utilize o nº acima para que entrem em contato conosco.

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 015362706

Nome: **EXPEDITA RODRIGUES FERREIRA NASCIMENTO** Referência: **09/2019**
Endereço: **RUA JOSÉ LUCAS, 00405, MONDUBIM, 60762-695, FORTALEZA**
Classificação: **Residencial Pleno**
Modalidade Tarifária: **B1 RESIDENCIAL**
Anexo: **Monofásico**

ÁREA RESERVADA AO FISCO

Emissão: **17/09/2019**
Medidor: **2041109-FAE-006**

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO

ATAS DE LEITURA P.F.: 28 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
2400	2400	2400

DADOS DA MEDIÇÃO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)
2400	2400	1,00	01	00	00	0,55308

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
0,04167	4
	10
	0
	20

CRÉDITO DE PEQUENOS VALORES
ADICIONAL NÃO VERIFICADO
CUSTO DE DISPONIBILIDADE
LOCALIZAÇÃO PASTORAL DA CRIANÇA 000
CUSTO GERAL
DEBITO DE PEQUENOS VALORES

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

24ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8424, Fortaleza-CE - E-mail: for24cv@tjce.jus.br

DESPACHO INICIAL (Emenda)

Processo nº: **0225540-26.2020.8.06.0001**
Classe: **Procedimento Comum**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Lauriano Ferreira da Silva Junior**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R.H.

Intime-se a parte autora, por seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, promover a emenda à inicial, a fim de esclarecer se houve indenização de qualquer pecúnia pela via administrativa, juntando aos autos o comprovante do valor pago pela via administrativa ou a negativa desse pagamento.

Decorrido o lapso temporal acima assinalado sem o cumprimento das diligências determinadas, será indeferida a petição inicial, nos termos do art. 321, parágrafo único do CPC.

Exp. Nec.

Fortaleza/CE, 30 de abril de 2020.

MAGNO GOMES DE OLIVEIRA**Juiz de Direito**

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____° VARA CIVEL DA COMARCA DE FORTALEZA-CEARÁ.

LAURIANO FERREIRA, já amplamente qualificado nos autos do processo, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, através desta, informar sobre a declaração de hipossuficiência financeira:

Conforme procuração AD JUDICA anexa, consta poderes específicos:

"A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes."

Às fls. 02, requer o benefício da justiça gratuita: "O(a) suplicante não tem como arcar com as custas deste processo sem o comprometimento do seu sustento e de sua família. Vem então requerer que lhe seja concedido de benefício da assistência judiciária gratuita, como lhe faculta a Lei nº 1060/50."

No tópico dos pedidos:

"Diante do exposto requer:

1. A concessão da Justiça Gratuita;"

Nestes termos,

Pede acolhimento e o prosseguimento do feito na sua forma legal.

Fortaleza- Ceará, 01 de maio de 2020.

(Assinatura digital)

MÔNICA ALMEIDA DA SILVA

OAB/CE 25.813



Mônica Almeida
ADVOCACIA

0225540-26.2020

24:

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Laurício Ferreira da Silva Junior brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Estudante, inscrito(a) sob o CPF nº 064.518.033-59 e RG nº 60.762-695, residente e domiciliado na Rua João Lucas, nº 405, Bairro Maracanã, na cidade de Fortaleza, telefone 87991532, abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 98834.5308.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Ficando acertado que o Outorgante pagará ao Outorgado o montante pecuniário correspondente a trinta por cento do valor recebido em face da intervenção judicial.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 28 de Abril de 2020

LAURÍCIO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

OUTORGANTE

Fortaleza-CE
85 98834.5308 | monicaalmeida.adv@gmail.com

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660079

Vítima: LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 237

Agência: 000000645-9

Conta: 0000035864-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

