



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

fls. 7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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

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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



NR 0535/19

RIO CIMA MOTO 04

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: UMA 03	PONTO DE APOIO: UPA	Nº DA OCORRÊNCIA: 0665
DATA: 01/03/2019	TURNO: MT	EQUIPE: Karen Juvenil Herculano
NOME: BRULIANO Ferreira da Silva Junior		IDADE: 20 SEXO: M
ENDERECO: AV. JOSÉ S. DA SILVA 6399		
REFERÊNCIA: 12 km COMETA	BAIRRO: Camará	
QTY: 16:35	QUS: 16:50	QUY: 17:25
QUU: 17:50		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ATROPELAMENTO por carro.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE

A VIDA	<input type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:
---------	----------------------------------	-------------------------------------	------

B RESPIRAÇÃO	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA: suspirações + sibilos	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA: fraca a.f.

C CIRCULAÇÃO	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FLUIFORME <input checked="" type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input checked="" type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA
	LOCAL:		<input checked="" type="checkbox"/> < 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

D CONSCIENCIA	ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	<input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA 4 <input checked="" type="checkbox"/> ÁVOZ 3 <input type="checkbox"/> ADOZ 2 <input type="checkbox"/> NENHUMA 1	<input type="checkbox"/> ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input type="checkbox"/> CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> OBEDIENCE A COMANDOS 6 <input type="checkbox"/> LOCALIZA A DOR 5 <input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETRADA 4 <input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL 3 <input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL 2 <input type="checkbox"/> NENHUMA 1
	TOTAL: 14			
	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS			

E EXPANSÃO	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		<p>① hiperemia em face (rosto) extensa bilateral</p> <p>② lacrimejamento intenso</p> <p>③ Edema em torno à ②</p> <p>④ múltiplos escoriações em abdome</p> <p>⑤ Edema em tórax e abdome</p> <p>SIMPAT</p>	

PC: 65 bpm PA: 155x78 FR: 16 GLUC: OXIM: 98% TEMP: 36,4°C

paciente sexo masculino, 20 anos, vítima de atropelamento por carro. Na chegada ao UPA, paciente consciente, orientado, verbalizava, obedecendo com lentidão. Foi realizada immobilização de coluna cervical com colar e prancha rígida, adesivada e algodão. Suplementar para náuseas e vômitos. Foi realizada intubação orofaringea e administrado sedativo midazolam 0,05mg/kg. Foi realizada intubação endotracheal para ICP. Foi realizada intubação endotracheal para ICP.



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE SUS
HOSPITALAR

Emitido em: 10/09/2019 16:35:18

Por: EDUARDO MOREIRA

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: 20080392266	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: Rue	ENDERECO DO PACIENTE: JOSE LUCAS	Nº: 411	BAIRRO: MONDUBIM
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 989722614	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE CEP: 60762695

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: MARIO	PARENTESCO: AMIGO	TELEFONE:
-------------	-------------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

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. Lacerção frontal e em Face. Equimose em hemitórax E. Múltiplas escoriações em região abdominal.

OSSERVAÇÕES: TCE

SatO2= 98% FC= 65bpm

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Praça Pública	Escala de Dor: Forte	PRÓPRIADEDE 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.: 582.6

Dr. Márcio Marahyba 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



LAUDO MÉDICO

NOME: LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

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

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

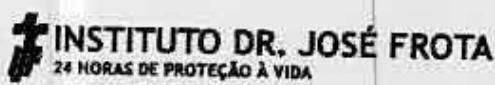
Mantém internado neste hospital aguardando cirurgia definitiva.

Sem previsão de alta para o momento.

Cid-10: T14.3

Fortaleza, 28/03/19

Dr. Diego Freitas Félix
Ortopedista e Traumatologista
Médico Residente
CABMEC 19808

[Imprimir](#)

Resumo de alta

NOME: 1

LAURIANO FERREIRA DA SILVA JUNIOR

LEITO:

1313

DATA DE INTERNACAO:

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 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 ATÉ O RETORNO - TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:**STAFF DO LEITO:**

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO

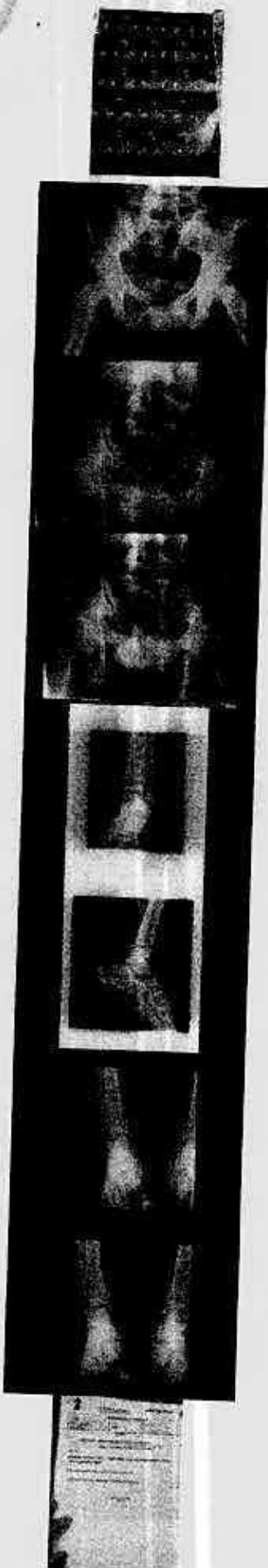
https://www.hgresidencia.com.br/jjf2/c_paciente_resumo.php?pac_codigo=4570



https://www.hgresidencia.com.br/jf2/c_paciente_resumo.php?pac_ccodigo=4570



https://www.hgresidencia.com.br/ijf2/c_paciente_resumo.php?pac_codigo=4570



https://www.hgresidencia.com.br/jf2/c_paciente_resumo.php?pac_codigo=4570

Atestado Médico:

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
Ass.: Dr. Diego Freitas Félix
CRM: 19808
CREFCC: 19808

LEITO:

1313

DATA DE INTERNACAO:

06/03/2019

HG Residencia - 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 pública (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:





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, MARTELLO, CURETAS E SACABOCADO	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	REALIZADA
RUPTURA TRAUMÁTICA DA SÍNFISE PÚBLICA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DO TORNOZELO E DO PÉ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) 04.08.06.0360 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO									
<i>Marcado por: DIEGO FREITAS F em: 29-03- 2019 9:23:50</i>									
Ass.: Dr. Diego Freitas Felix Osteopedia e Traumatologia Médico Residente CRM/CE 13906									
Retornar dia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ para Dr. _____									
Data: <u>09/04/19</u>									



1821521

após seu atendimento, utilize o número
que entrar em contato consigo.

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 015362706

Referência 09/2019

Expedida RODRIGUES FERREIRA NASCIMENTO
RJ JOSÉ LUCAS, 00405, MONDUBIM, 60762-695,
CORTEZ
Residencial Pleno
B1 RESIDENCIAL
MonoFase

DATA DE LEITURA 09/09/2019

ATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
17/08/2019	17/09/2019	17/10/2019

DADOS DA MEDICÃO

Lect. Atual	Lect. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Foi (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)
4.111	4.100	11	100	0	0	0,04167

DADOS DO FATURAMENTO

VALORES	TARIFA	VALORES
0,04167	1	1
1	1	1
1	1	1



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 FEREIRA, 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 facilita 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



0225560-26.2020

24:

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Lauri Ferreira e Silva Junior, brasileiro(a),
estadual
civil Socorro profissão Advogado inscrito(a) sob o CPF nº
064.518.033-59 e RG nº _____, residente e domiciliado na
Rua 7056 Lote 5, nº 405, Bairro Jardim,
na cidade de Fortaleza, telefone (85) 991532, abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante
procurador judicial:
60.762-695

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 judicia e et extra judicia"**, para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei nº. 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 Agosto de 2020

Lauri Ferreira Junior

OUTORGANTE

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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,

