

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01332182-0** em **16/07/2020 11:41:39**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0236158-30.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01332182-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 16/07/2020 11:41:39

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

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

Petição* : 2735146_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2735146_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692605 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA - LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO
ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. FRANCISCO MARDONIO S. DE ALMEIRA ,CRM 4411, DE 18/11/2019 .

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445742/19

Vítima: MARIA SOUSA MARTINS

CPF: 025.984.443-88

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 05/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA SOUSA MARTINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA SOUSA MARTINS : 025.984.443-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: MARIA SOUSA MARTINS
CPF: 025.984.443-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

MARIA SOUSA MARTINS

ANDERSSON COSTA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DETERMINAÇÃO Nº 014419537490

DECLARAÇÃO DE RESERVA DE AGENCIAMENTO DE NEGÓCIO

PT 01 235491335 000000000 13013

MARIA ROUSA MARTINS

FORTALEZA

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

SEGURO UNIPOLAR DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS POR VEÍCULOS
ALÉM OUTROS DE VIA TERRESTRE, ONDE POR SUA COBERTURA A PESSOA
TECNIQUEIRAS DO N.º SEGURO DE VIT.

CE Nº 014419537490 - SEGURO DE SEGURO DE VIT.

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

02595443355

[illegible]

ene

024371485

Emisija 14/10/2019
Medbior 5630055-ELF-626

ACORDO DE COMERCIO ENTRE

Year	Number of Publications
1985	1
1986	2
1987	1
1988	2
1989	3
1990	2
1991	1
1992	2
1993	3
1994	4

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

	③ Cuentas por pagar (CPA)	④ Cuentas por cobrar (CPC)	⑤ Termino (CPA/CPC)	⑥ Valor (CPA)
1991	129	153	0.8432	26.95

VALLEYVIEW

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	11,26
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,48
PIS COMPL BX RENDA	-	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,00
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-38,84
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	38,84
JUROS MORATORIOS	-	0,30
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,24200	7,26
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,41314	29,06
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,62321	33,03
ADICIONAL BANDO. AMARELA	0,09000	0,90
ADICIONAL BANDO. VERMELHA	0,09933	2,98

Tributal	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	112,07	27,00	30,25
PIS	112,07	0,03	0,04
COFINS	112,07	0,14	0,16

95.44

~~COPYRIGHT~~ 625-914-443-88

6.33

Estado kg (CO ₂)	Consumo kg (CO ₂)	Consumo Estado (kg CO ₂)
59,73	0,00	

© 2000 Blackwell Science Ltd

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/09 Valor R\$58,89). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000007670923.

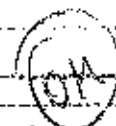
Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 14/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 14/10



Prefeitura de
Fortaleza

ARQUITETURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARRIOS DE OLIVEIRA MOREJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA



NOME DO PACIENTE MARIA SOUSA MARTINS		Nº DO REGISTRO 8077778		Nº DO CIL 388360	
DATA DO NASCIMENTO 30/08/1988 (33 ANOS)		SEXO F		RAÇA/ETNIA BRANCO	
ROD. CONTADOR DE IDENTIDADE (RG): 2001010260537		NOME DO RESPONSÁVEL MARIZETE SOUSA MARTINS			
ROD. CONTADOR DE IDENTIDADE (RG) NI		ENDEREÇO RUA MANUEL PIRMINO DA SILVA 26 JOSÉ DE ALENÇAR			
CIDADE FORTALEZA		UF CE		CONTATO	
CEP 60.030-336					
OCCORRÊNCIA					
LOCAL DO OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/HISTÓRICO DE ADOÇÃO					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
CAUSA TRAUMA EM MÃO E		MOTIVO ACIDENTE DE MOYO		CLASSIFICAÇÃO 3 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PULSO NI KO		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SATURADO NI	
TEMPERATURA NI °C		FREQÜÊNCIA NI		RESPIRAÇÃO NI	
CORRESPONDENTE LARANJA		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSILENE GOMES DE BRITO		DATA E HORA DO REGISTRO 05/09/2019 20:04:28	
ÁREA DE ATENDIMENTO					
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Fratura de 5º espaço de mão. (E) CA: Antebraço fraturado + expansão porção					
EXATIDÃO		USO DE EQUIPAMENTOS		SIO	
X () TC X () RX () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X		() OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MEDICAMENTO		APRESENTAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
Rx de mão e APLO		195			
Rx de mão e APLO					
Dr. Rosilene Martins					
CREME 58850016778					
RQE 1895					
2 de mão (E)		AP L Obliqua L Repetir			
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
ALTA/SAÍDA					
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CONTATO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por Rosilene Gomes de Brito em 05/09/2019 20:04:28

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º da Lei.

MARIA SOUSA MARTINS

278

Assinatura
25.09.19

04.09.2019 12:00:12-05

Av. ... 1578
Mossoró ... 1584-810
Fortaleza Ceará

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Monis Jairo Monys

vítima de acidente de trânsito, em 05/09/19, sofreu:

*Fratura instável do 5º quadrado do tórax e
lesão do tendão do biceps.*

e submeteu-se a tratamento(s): *Imobilização cirúrgica
e fisioterapia*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Deficiência moderada no 5º quadrado do
tórax (esquerdo).*

*Dor na musculatura do tórax
de natureza de natureza*

e de natureza de natureza com dor

Dor na musculatura

prejudicada ao seu trabalho

O que requer atendimento

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia

18/11/2019

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 075 984 443 88 4 - Nome completo da vítima: MARIA SOUSA MARTINS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARIA SOUSA MARTINS 6 - CPF: 075 984 443 88
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: R. B. CARLOS RIBEIRO ESCUTONE 9 - Número: 255 10 - Complemento: AB 202 62 29
11 - Bairro: JARDIM NA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60 833 - 595
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 085 984 35 - 811

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2558 CONTA: 266 020 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

(Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo).

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Impressão nº 2019760913



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4289 / 2019

nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

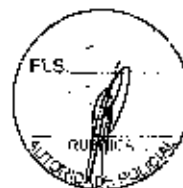
ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.: 09756612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Saura Martins

VISTO DO DELEGADO(A) :

THAMILES LORENA SOTELO MELO - MAT.: 3012474X



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4289 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2019 14:54:12**
Data / Hora da Ocorrência: **05/09/2019 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 455 - MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **FAZENDA COLUMINJUBA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA SOUSA MARTINS**
Nascimento: **28/05/1986** CPF: **025.984.443-88**
RG: **2001010250637** Orgão Emissor: UF: **CE**
Filiação: **MARIZETE SOUSA MARTINS**
ANTONIO PEREIRA MARTINS
Endereço: **RUA B BLOCO 25 AP 102 - PAUPINA, 255 RES. DOS**
Bairro: **ESCRITORES**
MESSEJANA
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.873-565**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVB0639** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110BR440603 Renavam: **286481235** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA SOUSA MARTINS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Notícia que é proprietária da motocicleta de placas NVB0639/CE; QUE no dia 05.09.2019, por volta das 17:30 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava com uma garupeira, a qual não foi lesionada, onde se deslocava de Fortaleza com destino ao Fazenda Columinjuba, pela Rodovia CE-455, quando nas imediações da entrada da Fazenda em Maranguape, acionou o pisca esquerdo e ao manobrar um veículo de placas não anotadas colidiu na traseira da sua motocicleta; QUE não anotou os dados do condutor do veículo ou a placa do mesmo; QUE do acidente lesionou o dedo (5º) "mindinho" da mão esquerda e queimadura na perna esquerda; QUE foi acionado para o local via 192 o SAMU, não tendo chegado, vindo a ser socorrida por meios próprios; QUE outros motociclistas que iam para o mesmo destino da declarante para trabalhar como garçonetes presenciaram o acidente, podendo indicar como testemunhas: FELIPE ROCHA SOUSA (CPF 411.657.878-90) E AMAURY BATISTA DA SILVA (CPF 802.241.133-72); QUE foi socorrida para o Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira Messejana, onde foi medicado e imobilizado o 5º dedo, posteriormente liberado; QUE no dia (15.09.2019) foi para o I.J.F, em Fortaleza, onde foi medicada e feito curativos na sua perna esquerda; QUE salienta que o acidente se deu por volta das 17:30 horas e deu entrada no Hospital por volta das 20:00 horas. E

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 075 984 443 88 4 - Nome completo da vítima: MARIA SOUSA MARTINS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARIA SOUSA MARTINS 6 - CPF: 075 984 443 88
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: R. B. CARLOS RBS DOS ESCUTORES 9 - Número: 255 10 - Complemento: AB 202 62 29
11 - Bairro: JARDIM NA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60 833 - 595
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 085 984 35 - 811

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2558 CONTA: 266 020 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

(Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo).

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692605

Vítima: MARIA SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SOUSA MARTINS

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **MARIA SOUSA MARTINS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000002558**

Conta: **00000166040-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692605

Vítima: MARIA SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SOUSA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOUSA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000166040-5

Nr. da Autenticação 0F7A279F3020AE9F