

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 **WEB1.20.01454025-8** em **18/09/2020 14:58:51**.
- 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 : 0249532-16.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01454025-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 18/09/2020 14:58:51

Partes

Solicitante : Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2751215_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2751215_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-7.pdf

Downloads

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

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE.

DPVAT

IVANDERSON FREITAS DE SOUSA, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF sob o nº 051.255.873-62 e RG sob o nº 2006098049496, residente e domiciliado ao Povoado Madalenas, S/N, Água Preta, Tururu-CE, CEP: 62.655-000, vem, perante Vossa Excelência, por intermédio de sua advogada DRA. VIRGINIA CAVALCANTE PORTELA DE ALMEIDA, inscrita na OAB sob o nº 42.154, cujo endereço eletrônico é virginiaalmeidaadv@gmail.com, Propor:

AÇÃO SUMÁRIA DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT, COM PEDIDO DE PERÍCIA MÉDICA

Em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, CNPJ 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP.: 20031-205, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir expostos:

I - DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

O Reclamante postula a Justiça Gratuita, com fulcro nos artigos 98, § 1º e 5º do Novo CPC e artigo 5º, inciso LXXIV, da CF/88, pois é pessoa pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento, conforme Declaração de Hipossuficiência que instrui a inicial.

II – DOS FATOS

O requerente sofreu um acidente automobilístico no dia 13/11/2019, causando fratura exposta em membro superior esquerdo e deformidade óssea em face, deixando a mobilidade do Requerente com danos e sequelas permanentes, conforme comprova a documentação anexa, Boletim de Ocorrência, Registro de Atendimento Médico Emergencial.

Nos termos da legislação, o valor da indenização do seguro DPVAT é o valor de até **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, considerando as lesões mencionadas acima, porém conforme carta acostada aos autos a seguradora líder efetuou o pagamento de **R\$ 3.712,50 (três mil setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, conforme carta acostada aos autos, restando, portanto, a ser pago o valor de até **R\$9.787,50 (nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Ocorre que a indenização liberada pela Requerida não possui compatibilidade com a perda sofrida pelo Requerente, tendo em vista que este teve a mobilidade afetada de maneira permanente e a indenização paga a requerente se refere a acidentes de graduação leve, que não se coaduna com o caso apresentado, que teve a necessidade de **realização de cirurgia de urgência** devido a gravidade dos ferimentos e que, inclusive, passou **vários dias internado** devido à **fratura exposta em braço esquerdo, fraturas na face, bem como lesão no olho esquerdo**. Lesão esta, que causou **trauma ocular, catarata traumática e laceração da íris**. A vítima ainda precisou realizar diversos exames, que atestam o **comprometimento da visão e perda funcional do braço** conforme documentos médicos em anexo e cujas sequelas serão apuradas após avaliação com médico especializado nomeado por este juízo.

III - DO DIREITO

O seguro DPVAT é um seguro de caráter eminentemente social, tendo como um de seus objetivos, conferir amparo financeiro mínimo diante das necessidades das pessoas vitimadas de acidente de trânsito que se tornam permanentemente inválidas – seja a invalidez física ou psíquica.

Como é cediço, referido amparo mínimo às vítimas inválidas é pago através de indenizações advindas de um fundo comum administrado pela SEGURADORA, oriundo do seguro obrigatório pago pelos proprietários de veículo automotores, e composto por inúmeras companhias seguradoras integrante deste fundo.

Existe um convenio entre essas diversas seguradoras cuja gestão e administração cabe a seguradora. As ações judiciais de Cobrança de Indenizações de DPVAT podem ser movidas contra qualquer uma das seguradoras integrantes do referido convênio, in verbis:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO QUE NÃO LOGRA INFIRMA OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. SEGURO OBRIGATORIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRANSITO. LEGITIMIDADE PASSIVA. SEGURADORA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N 211/STJ. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL”.

Mantém-se na íntegra a decisão recorrida cujos fundamentos não foram infirmados.

QUALQUER SEGURADORA QUE OPERA NO SISTEMA PODE SER ACIONADA PARA PAGAR O VALOR DA INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO, assegurado o direito de regresso. Precedentes. “(STJ, 4ª Turma, AgRg no Ag nº 870.091, rel. Min. João Otávio de Noronha, v.u., j. 20.11.2007) (g.n)

Dito isso, é importante ressaltar, que o Requerente tem direito a receber o Seguro correspondente ao acidente como lhe é devido, considerando a invalidez permanente do membro em alto grau e os danos estéticos, tendo em vista que foi diagnosticado, conforme o laudo médico anexo, com **lesões crânio faciais, trauma ocular no olho esquerdo, fratura exposta no braço esquerdo** e sendo submetido a **tratamento cirúrgico para contenção do trauma ocular e do braço.**

Dessa maneira, aduz o art. 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74, **grifo nosso:**

*Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - Até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) – como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Conclui-se, assim, conforme documentos médicos em anexo, há necessidade de majoração no valor segurado, tendo em vista o dano permanente em alto grau, assegurando-se no art. 5º da Lei de Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, **in verbis:**

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado **mediante simples prova** do acidente e do **dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Ademais, consoante o Julgado do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, sendo atestado a invalidez permanente, o seguro deverá indenizar a vítima do acidente na sua integralidade, **grifo nosso**:

APELAÇÃO CÍVEL. COMPLEMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE INCONTROVERSA. LESÃO ATESTADA POR EXAME DE CORPO DE DELITO. GRAU DE INVALIDEZ. INDIFERENÇA. REGULAMENTOS DO CNSP. INVALIDADE FRENTE À LEI ORDINÁRIA, HIERARQUICAMENTE SUPERIOR. VALOR INDENIZATÓRIO DEVIDO NA SUA INTEGRALIDADE. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. "Tendo a seguradora admitido a existência da invalidez permanente (caso contrário não teria pago sequer parte do valor), apenas discordando do autor quanto à parcialidade ou grau do dano, resta evidente que a aplicação da lei não poderá ser incompleta. Isto é, **o seguro DPVAT deverá ser pago em sua integralidade àquele que sofreu lesão por acidente de trânsito, da qual haja resultado invalidez permanente, não importa em que grau.**" (Apelação Cível n.de Ituporanga. Relator: Des. Edson Ubaldo, j. em 23-7-2009) "É competência das leis gerar obrigações a terceiros, a teor do princípio constitucional da legalidade, não se podendo falar em existência de limite imposto aos prêmios segurados pelas resoluções da CNSP e da SUSEP, porquanto as leis são normas hierarquicamente superiores àquelas editadas pelos órgãos regulamentadores e fiscalizadores."

(Apelação Cível n. , de Blumenau, Rel. Des. Carlos Prudêncio, j. em 8-5-2007). "O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de quarenta salários mínimos, não havendo incompatibilidade entre o disposto na Lei n. 6.194/74 e as normas que impossibilitam o uso do salário mínimo como parâmetro de correção monetária" (AgRg no Ag n. 742443/RJ, Rel. Min. Nancy Andrighi, j. em 4-4-2006).

(TJ-SC - AC: 754241 SC 2009.075424-1, Relator: Carlos Adilson Silva, Data de Julgamento: 06/04/2010, Quarta Câmara de Direito Civil, Data de Publicação: Apelação Cível n.de Blumenau)

Frisa-se, Excelência, que a Requerida indenizou com valor **R\$ 3.712,50 (três mil setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, no entanto, trata-se aqui de invalidez permanente de alto grau, portanto, em correspondência com a graduação da perda, aduz o inciso II, §1º, art. 3º da Lei nº 6.194/74 que: **(grifo nosso)**

*II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que **corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa**, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. tendo em vista a perda total da função do membro, sendo, portanto, perda de repercussão intensa.*

III- DO PEDIDO

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

a)A concessão dos benefícios da justiça gratuita, por ser o requerente Pobre na Forma da Lei, carecedor de recursos para custear as despesas do processo, sem prejuízo do próprio sustento, conforme declaração anexa;

b)A citação e intimação da requerida, por via postal e com Aviso de Recebimento, para exibir cópia do processo administrativo em 05 dias, sob pena de multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e responder aos termos da presente, no prazo máximo de 15 dias, sob pena de preclusão e revelia;

c)Se assim não entender pelo pagamento total da lesão no valor de R\$ 13.500,00, requer alternativamente que V. Exa., determine o pagamento proporcional à seqüela conforme a Tabela da Lei 11.945/09, abatendo o valor recebido administrativamente, após perícia judicial a ser realizada nas dependências do fórum através do CEJUS, uma vez que, o IML vem se negando a realizar tal perícia;

d)Considerando que a presente ação trata de cobrança de diferença de seguro DPVAT e por se tratar de matéria de direito, requer o julgamento antecipado da lide, com a procedência de demanda, para condenar a seguradora-ré ao pagamento dos pedidos acima requeridos, com incidência de juros de 1% (um por cento) ao mês a contar da citação e atualização monetária (IGPM) a contar da data do acidente, e custas processuais, não devendo recair sobre a parte autora quaisquer ônus sucumbências por ter pedidos alternativos e ser beneficiária da justiça gratuita conforme o art. 98 do CPC;

e)A condenação da seguradora-ré ao ônus da sucumbência, com fixação de honorários advocatícios de 20% sobre o valor final e atualizado, da condenação;

f)A parte autora manifesta que não tem interesse na realização de audiência de conciliação, nos termos do art. 319, VII, do CPC, remetendo-se, portanto, os autos para central de conciliação para participar dos mutirões de DPVAT, uma vez que, a perícia é imprescindível para o deslinde da presente demanda.

Por derradeiro, requer que as intimações sejam direcionadas a Dra. Virginia Cavalcante Portela de Almeida, advogada inscrita na OAB/CE sob nº. 42.154, no endereço eletrônico virginiaalmeidaadv@gmail.com, com escritório profissional estabelecido em Fortaleza, na Rua Coronel Nunes de Melo, 1541, Ap 102 A, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE; sob pena de nulidade do ato.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas, notadamente, juntada posterior de documentos.

Dá-se a presente causa o valor de **R\$9.787,50 (nove mil, setecentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Termos em que,

Pede deferimento,

Fortaleza, 03 de agosto de 2020.

VIRGINIA CAVALCANTE PORTELA DE ALMEIDA

OAB/CE 42.15



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

DECISÃO

Processo nº: **0242985-57.2020.8.06.0001**
 Classe: **Procedimento Comum Cível**
 Assunto: **Seguro**
 Requerente: **Ivanderson Freitas de Sousa**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Vistos, etc.

Gratuidade deferida.

Desde o advento no novo CPC, "*se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência*", tal como dispõe o art. 334 de citada Codificação.

Em casos como este, de cobrança de seguro DPVAT, contudo, bem se sabe que a única possibilidade de composição só poderá ocorrer APÓS a realização da perícia necessária à apuração do grau de invalidez sofrido pela parte Demandante, sendo essa fundamental para a resolução da presente, até em observância ao entendimento, hoje, sumulado, do Colendo STJ, segundo o qual:

Súmula 474 - A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

Assim, a realização de tal prova, antes mesmo da realização da audiência de conciliação, é providência que se impõe, na espécie, e que ora adoto, com esteio no que dispõem os arts. 139 e 381, II, do vigente CPC:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

(...)

VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito; (grifos não existentes no original).

Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que:

(...)

II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito; (grifos não existentes no original).

Determino, desse modo, a inclusão do presente em pauta de mutirão destinado à realização de perícias dessa natureza, para cujo comparecimento deverá ser intimada a parte autora, pessoalmente (a teor, igualmente, do que vem decidindo o Colendo STJ - REsp



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

1.364.911-GO, Rel. Min. Marco Buzzi, por unanimidade, julgado em 1/9/2016, DJe 6/9/2016), devendo se fazer presente munida da documentação pessoal com foto - que possa identificá-la - e outros documentos pertinentes, tais como exames e laudos médicos relativos à invalidez permanente decorrente do acidente automobilístico. **Destaco que a perícia não será realizada na Secretaria, mas no Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos (NPDM) da Universidade Federal do Ceará, localizado à Rua Coronel Nunes de Melo, nº 1000, bairro Rodolfo Teófilo, CEP: 60430-275**, conforme convênio firmado entre o TJCE e aquela Instituição.

Indique, assim, a Secretaria, nome de perito para realizar a mesma, observado o que estabelece a Resolução nº. 04/2017, de 06 de abril de 2017, do Órgão Especial do TJCE, ficando a cargo de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205 - cuja inclusão no pólo passivo, caso ainda não realizada, determino ex officio -, o pagamento dos honorários de referido expert.

Intimar as partes, ainda:

- a) Para, no prazo de cinco dias, contados de sua intimação, indicarem assistentes técnicos e apresentarem quesitos;
- b) Da realização de perícia por meio de exame clínico e análise dos exames complementares e documentos, implicando em aceitação a forma indicada caso seja levada a efeito a perícia. Na eventualidade de haver necessidade de manifestação por especialista ou de realização de exame específico não disponibilizado, a parte ou advogado, ciente dessa condição, deverá antecipadamente recusar a realização do exame, sob essa justificativa, pena de preclusão.

Também registro que as perícias serão realizadas, sem exceção, na forma das já realizadas nos mutirões anteriormente realizados.

Cientificar, ainda, a parte demandante, de que deverá manter seu endereço atualizado e que, em caso negativo, presumir-se-ão "válidas as intimações dirigidas ao endereço constante dos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, se a modificação temporária ou definitiva não tiver sido devidamente comunicada ao juízo, fluindo os prazos a partir da juntada aos autos do comprovante de entrega da correspondência no primitivo endereço" (art. 274, § único), bem como que a ausência da parte, sem justificativa razoável - a ser fornecida até a data da perícia -, será interpretada como recusa à produção de prova pericial, nos termos do art. 378 do CPC/2015 e arts. 231 e 232 do CC, ficando, mais, indeferida qualquer postulação para que a perícia não se realize nesta Comarca, eis que as mesmas serão feitas em regime de mutirão neste Fórum.

Nada mais natural que as perícias sejam aqui realizadas.

Afinal, foi A PARTE quem escolheu esta Comarca, muitas vezes abrindo mão do direito de demandar dentro da própria Comarca onde reside, com muito menores custos. Logo, deve aceitar, por igual, que a perícia seja aqui realizada.

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

14ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8348, Fortaleza-CE - E-mail: for14cv@tjce.jus.br

Registro que, em inexistindo acordo ou faltando a parte injustificadamente à perícia, será o feito antecipadamente julgado, para fins dos arts. 967 e 10 do CPC, tudo de logo já anunciado.

INDEFIRO, de pronto, se requerido, o pedido de inversão do ônus da prova, eis que a presente não se alberga sob o manto da legislação consumerista.

Determino, mais, que seja efetivada a CITAÇÃO da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT., ANTES da realização da perícia, para que, querendo, possa oferecer defesa e opor objeção à realização da mesma, além de apresentar, junto com sua defesa, o processo administrativo.

Intimar os representantes das partes do teor do presente via publicação no DJ.

Fortaleza/CE, 05 de agosto de 2020.

Marcia Oliveira Fernandes Menescal de Lima
Juíza de Direito

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

051.255.873-62

Juanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Juanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

510

10 - Complemento:

11 - Bairro:

agua preta

12 - Cidade:

Sururu

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

85.98617-4213

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú

(341)

☐ Bancodo Brasil(001)

☒ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1047

CONTA:

32649

7

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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(vainser)?

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Castelão - PE - 15/01/2020

Juanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/01/2020 09:25:05**
Data / Hora da Ocorrência: **13/11/2019 12:15:00**
Endereço da Ocorrência: **AV ANASTACIO BRAGA - ITAPIPOCA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**
Nascimento: **06/12/1995** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**
IVANILDO RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: **SITIO MADAMENAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TURURU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**
Nascimento: **29/07/1975** CPF: **802.992.023-72**
RG: **2006098047868** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ASSIS FREITAS**
JOÃO FREITAS FILHO
Endereço: **RUA LOCALIDADE DE MADALENA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **TURURU/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99428-9302**

Histórico

Narra a noticiante que na data, hora e local mencionados, seu filho IVANDERSON FREITAS DE SOUSA, sofreu um acidente no percurso do trabalho para casa; QUE IVANDERSON estava pilotando a motocicleta de PLACA PMB7606, de sua propriedade quando um carro de placa PNK-2206, colidiu com ele; QUE o condutor do carro foi identificado como sendo ARMANDO CORDEIRO DE FARIAS; QUE o acidente foi atendido pela AMTI; QUE IVANDERSON foi levado para o Hospital São Camilo (prontuário 239120) e imediatamente transferido para o IJF em Fortaleza, onde foi internado; QUE IVANDERSON, ficou com uma grave lesão no olho esquerdo e não tem total consciência da realidade, fratura na face e braço; QUE como o quadro de IVANDERSON ainda não está definido; QUE IVANDERSON é funcionário da ENEL estava saindo do trabalho quando aconteceu o acidente; QUE nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Francisca Iracilda Freitas de Sousa

Consolidado em: 10/01/2020 09:39:20

Pág. 1 de 2

Impresso em: 10/01/2020 09:39:20



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA
Impresso nº 202027705



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020

CHARLENY MATIAS BRAGA PESSOA - MAT.: 3011938x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Inacilda Freitas de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375


CHARLENY M. BRAGA PESSOA
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT. 301.193.8.X

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO DE ITAPIPOCA

CERTIDÃO Nº 065/2019

O Sr. Agenor Carneiro Costa, Presidente da Autarquia Municipal de Trânsito de Itapipoca, no uso de suas atribuições legais, certifica o requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito – BOAT, acerca de um acidente ocorrido na **Av. Anastácio Braga (defronte o Cemitério Jardim Eterno)**, no município de Itapipoca/CE, no dia 13/11/2019 às 12:15 no seguinte teor:

Natureza do Acidente	COLISÃO
V1 Veículo e Condutor	Condutor(a): ARMANDO CORDEIRO DE FARIAS CNH/PRONT: 1226605463 CAT: B UF: CE Marca/Modelo: TOYOTA/ HILUX Espécie: ESPECIAL Tipo: CAMINHONETE Placa: PNK-2206 Cor: BRANCA
V2 Veículo e Condutor	Condutor(a): IVANDERSON FREITAS SOUSA CNH/PRONT: Não informado CAT: UF: Marca/Modelo: HONDA/ NXR300 Espécie: PASSAGEIRO Tipo: MOTOCICLETA Placa: PMB-7606 Cor: BRANCA

DESCRIÇÃO DO SINISTRO COLHIDO PELO AOFT

No dia supracitado, ocorreu uma colisão lateral envolvendo os veículos 01 e 02. Segundo informações de populares, o condutor do veículo 02 trafegava na Av. Anastácio Braga – sentido Oeste/ Leste, quando foi surpreendido pelo veículo 01 que trafegava no sentido Leste/ Oeste, vindo a fazer uma conversão à esquerda no sentido Norte/ Sul. O condutor do veículo 02 foi conduzido para o Hospital. Após a colisão os dois veículos sofreram várias avarias. Não foi possível coletar mais informações do condutor do veículo 02.

Eu, Francisco Liano Barbosa Alves, Agente de Operação e Fiscalização de Trânsito, Mat. 043981-9 o digitei e assino Francisco Liano B. 11/11/19
conforme original. AG Alexandre/ MAT 043486-8

DATA: 15/11/2019

Agenor Carneiro Costa
PRESIDENTE - AMTI
PORT.G Nº 373/2018

Agenor Carneiro Costa
Presidente AMTI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/01/2020 09:25:05**
Data / Hora da Ocorrência: **13/11/2019 12:15:00**
Endereço da Ocorrência: **AV ANASTACIO BRAGA - ITAPIPOCA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**
Nascimento: **06/12/1995** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**
IVANILDO RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: **SITIO MADAMENAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TURURU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**
Nascimento: **29/07/1975** CPF: **802.992.023-72**
RG: **2006098047868** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA ASSIS FREITAS**
JOÃO FREITAS FILHO
Endereço: **RUA LOCALIDADE DE MADALENA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **TURURU/CE** Telefone: **(85) 99428-9302**
País: **BRASIL**

Histórico

Narra a noticiante que na data, hora e local mencionados, seu filho IVANDERSON FREITAS DE SOUSA, sofreu um acidente no percurso do trabalho para casa; QUE IVANDERSON estava pilotando a motocicleta de PLACA PMB7606, de sua propriedade quando um carro de placa PNK-2206, colidiu com ele; QUE o condutor do carro foi identificado como sendo ARMANDO CORDEIRO DE FARIAS; QUE o acidente foi atendido pela AMTI; QUE IVANDERSON foi levado para o Hospital São Camilo (prontuário 239120) e imediatamente transferido para o IJF em Fortaleza, onde foi internado; QUE IVANDERSON, ficou com uma grave lesão no olho esquerdo e não tem total consciência da realidade, fratura na face e braço; QUE como o quadro de IVANDERSON ainda não está definido; QUE IVANDERSON é funcionário da ENEL estava saindo do trabalho quando aconteceu o acidente; QUE nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Consolidado em: 10/01/2020 09:39:20

Francisca Iracilda Freitas de Sousa

Pág. 1 de 2

Impresso em: 10/01/2020 09:39:20



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA
Impresso nº 202027705



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020

CHARLENY MATIAS BRAGA PESSOA - MAT.: 3011938x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca Inocência Freitas de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375


CHARLENY M. BRAGA-PESSOA
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT. 301.193.8.X

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

051.255.873-62

Guanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Guanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

água preta

12 - Cidade:

Juruá

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

85-98617-9213

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú

(341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3047

CONTA:

32649

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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(v)nascer)?

☐ 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 a aqueles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibotizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Castelão - PA - 15/01/2020

Guanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

051.255.873-62

Juanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Juanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

510

10 - Complemento:

11 - Bairro:

agua preta

12 - Cidade:

Sururu

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

85.98617-4213

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú

(341)

☐ Bancodo Brasil(001)

☒ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1047

CONTA:

32649

7

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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(vainser)?

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Castelão - PE - 15/01/2020

Juanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

3104666

Para agiliz seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 29 de março de 2002.

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valdevo, 150

CEP 60136-940 | Fortaleza CE

CNPJ: 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 039316931

Rota TU138R01 - 115900

Referência 11/2019

Nome FRANCISCA IRACILDA DE FREITAS DE SOUSA

Endereço PV MADALENAS, 00000, AGUA PRETA, 62655-000, TURURU

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 25/11/2019

Medidor 6249882-E11-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual Próxima prevista

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
01	0154	0150	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM. PUB. PREF. MUNIC.	-	16,03
ICMS COMPL. BA RENDA	-	12,02
PIS COMPL. BA RENDA	-	0,02
COFINS COMPL. BA RENDA	-	0,15
DESCONTO BAIXA RENDA	-	44,46
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	44,46
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,24267	7,28
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,41629	29,14
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,62508	75,01
CONSUMO ACIMA DE 220 KWH	0,69375	11,10
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,02533	0,76
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,26233	7,87

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. AP

352 891750585-4

16/DEZ/2019

HORA DE 16:29:52

LOT. 05.011575-8

TERM 039950

LOCALIDADE: TURURU

AG. VINCULADA: 0748

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ

VALOR DO PAGAMENTO: 159,38

838900000013 593800310502

- 001351344070 000031046665

352-891750585-4

1ª VIA

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	175,62	27,00	47,42
PIS	175,62	0,04	0,06
COFINS	175,62	0,30	0,53

07/01/2020

159,38

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

802.992.023-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (NCO)

92,13 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 25/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 25/11

SE VOCE RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEN OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Período: 13/11/2019 12:47:34 à 13/11/2019 1

Paciente		Dados Clínicos - Médico	
IVANDERSON FREITAS DE SOUSA			
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	Profissão
06/12/1995	23 Ano(s)	FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA	23912
Data Atendimento	Aposento		
13/11/2019			
Profissional Responsável		Quarto/Linha	
ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA		/	
Convênio	Sector	Especialidade	CRM
SUS	EMERGENCIA - PA	MEDICA	17864

FICHA DE REFERENCIA

FICHA DE REFERÊNCIA - 13/11/2019 13:01:39

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

PCT 23 ANOS, VEIO TRAZIDO PELA EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU LOCAL, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM CAPACE APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DEFORMIDADE ÓSSEA EM FACE.

AO EXAME:

- A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS
 - B: MVU S/ RA; FR=16IPM
 - C: PA=120X70MMHG; RCR 2T BNF SS; AED: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR
 - D: PIFR; GLASGOW=14; SEM SINAIS DE DEFICIT FOCAL APARENTE
 - E: FX EXPOSTA EM MSD; DEFORMIDADE EM FACE; MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM TORAX + MMSS + MMII
- HD: TCE MODERADO // FX FACE // FX MSE (EXPOSTA)

CONDUTAS:

- 1- SUPORTE E VIGILANCIA CLÍNICA
- 2- SOLICITO TRANSFERENCIA EM VAGA ZERO PARA HOSPITAL REFERENCIA
- 3- ENTRO EM CONTATO COM CENTRAL SAMU CEARA AFIM DE AGILIZAR TRANSPORTE DE PACIENTE

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TCE MODERADO

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA HORA DA REFERENCIA:

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: HOSPITALAR

PROCEDIMENTO: TRANSFERENCIA VAGA ZERO

PROFISSIONAL: NEUROCIRURGIA

UNIDADE REFERENCIADA: HOSPITAL TERCIARIO

FICHA DE CONTRAFERENCIA

Dr. Roberto Vinicius
Médico
CRM-CE: 17864

RESPONSÁVEL: ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA - CRM-CE 17864

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

HMSVP



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

ENDEREÇO: RUA ... - UNIDADE: HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO - ITAPIPOCA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Siga os passos abaixo:

- Seloção do situação
- Seloção da solicitação
- Visualização da solicitação
- Lista de ocorrência
- Inclusão de ocorrência
- Visualização de ocorrência**
- Confirmação de cancelamento
- Registro de transferência
- Confirmação de transferência
- Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de ocorrências clique em Voltar.

LOGIN	jose.azevedo
NOME	JOSE RICARDO B DE AZEVEDO
DATA/HORA	13/11/2019 13:46
UNIDADE	IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
DESCRIÇÃO	Estabelecimento Executor Confirmou Reserva de Leito. (IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL).

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações



Procedimento realizado pelo SUS
 (Sistema Único de Saúde) sem
 nenhum ônus para o paciente ou
 qualquer tipo de convênio

HMSVP

Guia de atendimento - EMERGENCIA - PA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atend.	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
239120	0005	IVANDERSON FREITAS DE SOUSA	162496424640005	
Documento(s)		Estado Civil	Sexo	
CPF: 051.255.873-62		Solteiro(a)	Masculino	
Data de Nascimento	Local	Idade		
06/12/1995	TURURU/CE	23 Ano(s)		
Pai	Mãe			
IVANILDO RODRIGUES DE SOUSA	FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA MADALENAS, S/N	ZONA RURAL	62655-000	TURURU	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone	
AUX DE SERVIÇO	BIQ ENERGIA		85992817403	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
ELIAS DE JESUS PAIXAO		RUA MADALENAS, S/N	TURURU	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
13/11/2019	12:43	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA	17864/CE	CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário			
Trânsito	ZENAGILA AGOSTINHO			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída		
	13/11/2019 12:58	Encaminhamento		

Sinais Vitais

Temperatura (oC)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (lpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)
	72		120	70			94	128

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 13/11/2019 12:47

Responsável pela Classificação: JOÃO VITOR TEIXEIRA

Relatório:

Cliente deu entrada nesta unidade, sendo trazido pelo USA - SAMU. Vítima de atropelamento em via pública, apresenta lesões cortantes em face, fratura exposta em MSE.

Apresenta também sinais de otorrágia e sangramento oral. Cliente não consegue verbalizar. Cursando sonolento, sudoreico.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

13/11/2019 12:58:32h Responsável: ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA CRM-CE 17864

PCT 23 ANOS, VEIO TRAZIDO PELA EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU LOCAL, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM CAPACETE, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DEFORMIDADE ÓSSEA EM FACE.

AO EXAME:

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS

B: MVU S/ RA; FR=16IPM

C: PA=120X70MMHG; RCR 2T BNF SS; ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR

D: PIFR; GLASGOW=14; SEM SINAIS DE DEFICIT FOCAL APARENTE

E: FX EXPOSTA EM MSD; DEFORMIDADE EM FACE; MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM TORAX + MMSS + MMII

HD: TCE MODERADO // FX FACE // FX MSE (EXPOSTA)

CONDUTAS:

1- SUPORTE E VIGILANCIA CLÍNICA

2- SOLICITO TRANSFERENCIA EM VAGA ZERO PARA HOSPITAL REFERENCIA

3- ENTRO EM CONTATO COM CENTRAL SAMU CEARA AFIM DE AGILIZAR TRANSPORTE DE PACIENTE

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

HMSVP

Dr. Roberto Vinicius
Médico
CREMEC: 17864

ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA - CRM: 17864

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ELIAS DE JESUS PAIXAO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 706906144501636 Admissão: 13/11/2019 17:30
 Nome: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA
 Pront.: 5644390 Data Nasc.: 06/12/1995 Idade: 24 ano(s) 1 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 99428-9302
 Mãe: FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA
 Sexo: Masculino RG: 2006098049496 Município: TURURU
 CEP 62655-00 Bairro: SI
 Endereço: MADALENA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ANDREA TOMÉ SOMBRA COREN:50801 Horário 13/11/2019 17:38
 Queixa: AC DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DE MSE E DEFORMIDADE OSSEA NA FACE + DESORIENTAÇÃO
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: TCE / ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES GUIMARAES CRM: 50801 Nº: 573926 Horário 13/11/2019 18:11
 Acidente: RABELO Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO X CARRO COM TCE LEVE GLASGOW 14, DESORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO
 LESÃO IMPORTANTE EM OLHO ESQUERDO
 FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO FIREITO
 ACP NORMAL
 PA=115X70 FC=72 SATO2=98% DX=124
 ABDOMEN INOCENTE
 E-FAST NEGATIVO
 Pelve ESTAVEL

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/11/2019 21:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
3/11/201 17:38	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	TCE / ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA	LARANJA	ANDREA TOMÉ SOMBRA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
C CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	13/11/2019 18:32	Não	Cancelado

Paciente: Iverderson Freitas de Sousa


Ultra-som em Olho Esquerdo(OE)

- 1)Fácico(catarata);
- 2)Diâmetro antero-posterior dentro da normalidade e simétrico, medida transpalpebral OE: 25mm);
- 3)Descolamento parcial de vítreo posterior com membrana hialoide espessada aderida no equador inferior e em área peripapilar;
- 4)Retina aplicada;
- 4)Processo hemorrágico ou inflamatório vítreo e subhialóideo .

Fortaleza, 04/12/2019

Daiane Lima
Cláudia Lima - CEO
Serviço Oftalmológico
CEO-CEO

EVOLUÇÃO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO****Nome:** IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**Prontuário:** 5644390**Admissão:** 13/11/2019**RG:** 2006098049496 **Sexo:** Masculino**Data Nasc.:** 06/12/1995 **Idade:** 23 ano(s) 11 mes(es) e 7 dia(s)**Telefone:** 85 99428-9302**Mãe:** FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**CEP:****Endereço:** MADALENA**Num:** SN**Bairro:** SI**Evolução**

Evolução	Profissional	Data/Hora
PACIENTE COM TRAUMA OCULAR POR ACIDENTE DE MOTO HA 20 DIAS. SUBMETEU-SE A CERATORRAFIA EM OE HA 20 DIAS FEZ US DVP PARCIAL, MEMBRANA HIALOIDE INFERIOR ESPESSADA E ADERIDA NO EQUADOR INFERIOR E PERIPAPILAR. RETINA APLICADA PROCESSO HEMORRAGICO E/OU INFLAMATORIO DO VITREO E SUBHIALOIDEO AV OE MOV MÃOS BIO SUTURA DE CORNEA OK, FRAGMENTOS DO CRISTALINO EM CA, CATARATA TRAUMÁTICA 4+, LACERAÇÃO DA IRIS EM REGIÃO TEMPORAL CD : ENCAMINHAR PARA FACECTOMIA E VITRECTOMIA OE	MARCIA BENEVIDES DAMASCENO  Marcia Benevides Damasceno Oftalmologista CRM - CE 558	04/12/2019 16:32

CENTRO DE EXCELENCIA OFTALMOLOGICA**DAIANE MEMORIA**

RUA PAULA NEY 600 ALDEOTA - 60125400 FORTALEZA - BRASIL

Phone : 3258-1413 - Fax: - Email:

Patient: Sousa Ivanderson Freitas de

Address: -

Phone:

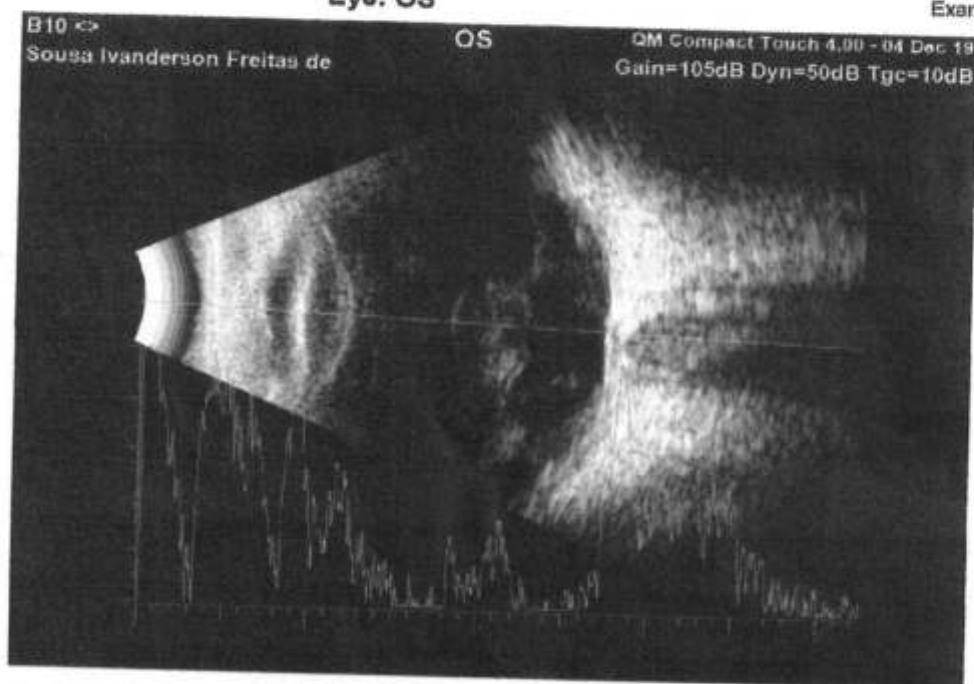
Id Number:

Gender:

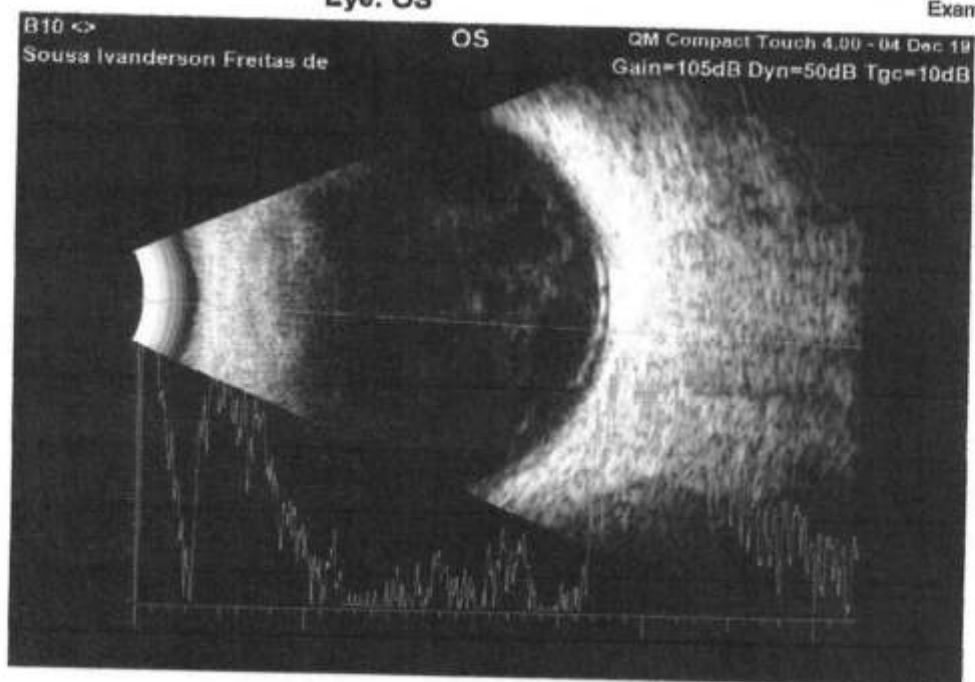
Date of birth: 08 Dec 1995

Eye: OS

Exam Date: 04 Dec 2019

**Eye: OS**

Exam Date: 04 Dec 2019



04 Dec 2019

Patient: Sousa Ivanderson Freitas de

Address: -

Id Number:

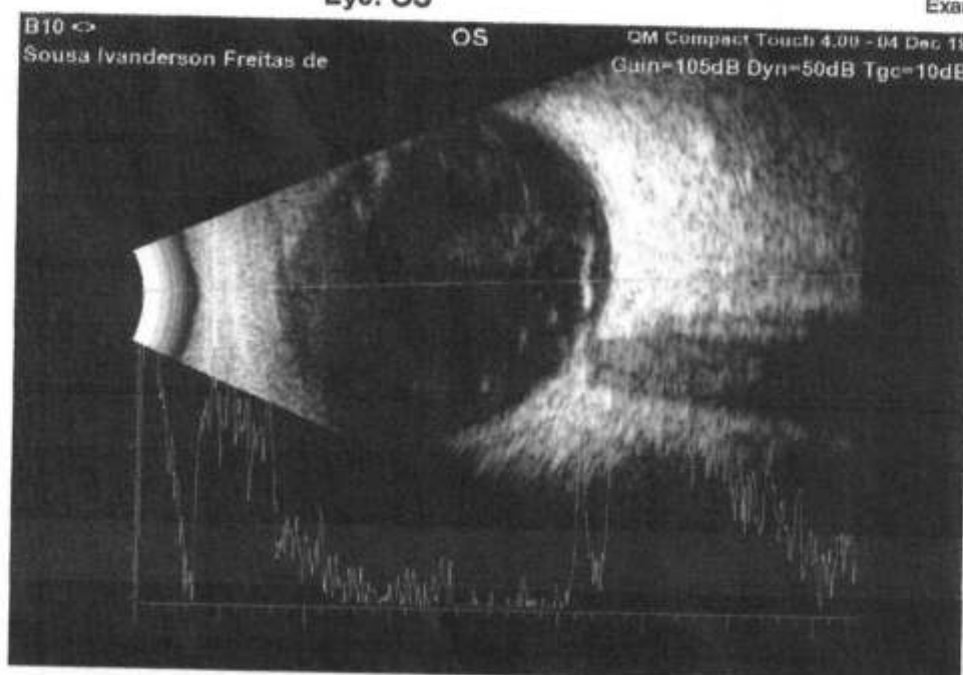
Phone:

Gender:

Date of birth: 06 Dec 1995

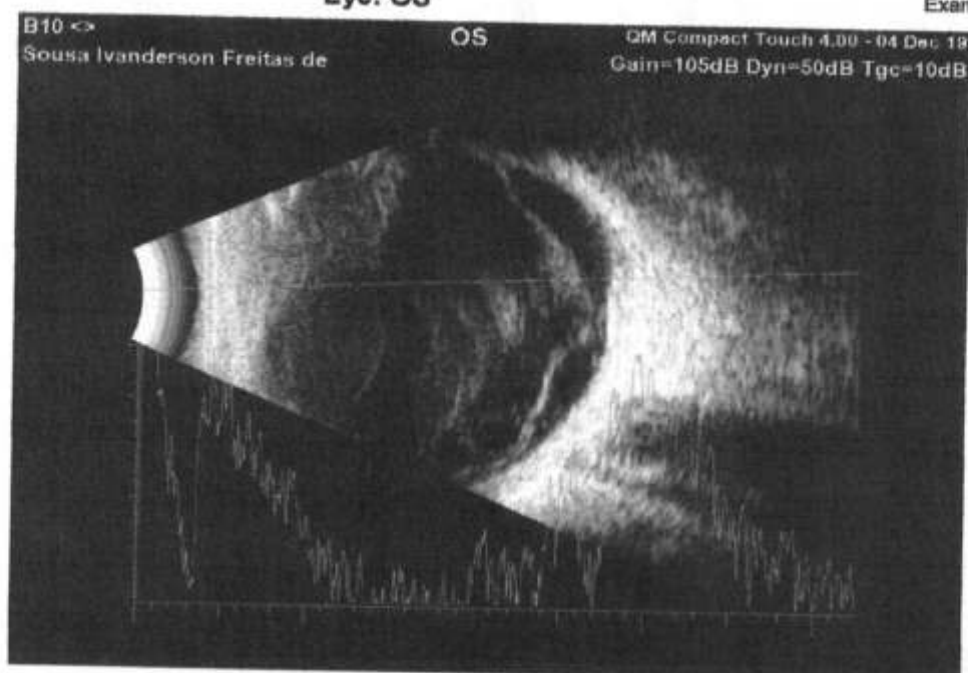
Eye: OS

Exam Date: 04 Dec 2019



Eye: OS

Exam Date: 04 Dec 2019





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota



ATESTADO MÉDICO

NOME: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTÁ INTERNADO NO INSTITUTO JOSÉ FROTA (FORTALEZA-CE) UNIDADE 17 - LEITO 12 DESDE O DIA 13/11/2019 DEVIDO FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO DIREITO.

PACIENTE SEGUE INTERNADO, SEM PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR, AGUARDANDO DEFINIÇÃO DE CONDUTA CIRÚRGICA

CID: S3523

FORTALEZA, 25/11/2019

[Handwritten signature]
Dr. Ivandro Sousa
Médico Internista
CRM 10.100-0



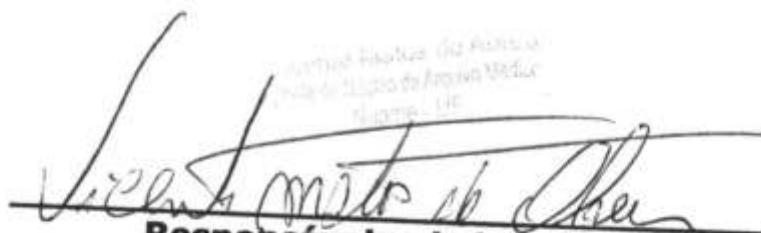
**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente:
IVANDERSON FREITAS DE SOUSA, Documento
Identidade Nº 2006098049496 , Prontuário Médico
Nº5644390 encontra-se internado neste Hospital desde:
13/11/2019 leito 1712 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 26 de NOVEMBRO de 2019.


Responsável pela informação.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: Juanderson Freitas de Sousa
BE / Prontuário: RG 2006098049496

Paciente admitido em 13/11/19 às 19:30h, vítima de acidente de trânsito, apresentando alteração de consciência, fraturas em face e trauma em olho esquerdo, fratura exposta em braço.

Foi submetido a emergências para fraturamento da fratura exposta em braço e direito, das fraturas na face e para o fraturamento das lesões no olho esquerdo.

Permanece internado em acompanhamento especializado e tratamento medicamentoso. Não há possibilidade de alta hospitalar.

Data:

18/11/19

Ass. / Carimbo do Médico



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200224929 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (LESÃO OCULAR À ESQUERDA).
FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X - POUCA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.
PÁG. 5/12_LAUDO MÉDICO.

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
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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021444/20

Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

CPF: 051.255.873-62

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVANDERSON FREITAS DE SOUSA : 051.255.873-62

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: 15/01/2020
Nome: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA
CPF: 051.255.873-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200224929

Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

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

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200224929

Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na Investprev Seguradora S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200224929

Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

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\$ 3.712,50

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 237

Agência: 000001351-0

Conta: 0000030904-4

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.



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

051.255.873-62

Guanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Guanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

água preta

12 - Cidade:

Juruá

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

85-98617-4213

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú

(341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3047

CONTA:

32649

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 INVALEZ 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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(v)nascer)?

☐ 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 a aqueles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibotizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Castanheira - PA - 15/01/2020

Guanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01351-0

CONTA: 000000030904-4

Nr. Autenticação

BRABESCO1707202005000000000023701351000000030904371250 PAGO