



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 **WEB1.20.01533982-3** em **03/11/2020 10:52:58**.
- 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 : 0257414-29.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01533982-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 03/11/2020 10:52:58

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* : 2761921_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2761921_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096906

Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096906

Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 29 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096906

Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

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\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000047618-7

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.



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096906

Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096906 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO EXTERNO-CLAVICULAR ESQUERDA
FRATURA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO RESIDUAL DE ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO. BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º QUIRODÁCTILO. BLOQUEIO LEVE DE FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 475.576.973-91 4 - Nome completo da vítima: Antonio Homingues Teixeira

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

5 - Nome completo: Antonio Homingues Teixeira 6 - CPF: 475.576.973-91
7 - Profissão: Quaseiro 8 - Endereço: Rua Verona 9 - Número: 378 10 - Complemento: -
11 - Bairro: São Miguel 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 9872-41586

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 47618 7 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ 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 (vai 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 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 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)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200096906
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Domingues Teixeira
Endereço do(a) Examinado(a): R Verona, 378
S Caucaia CE CEP: 61640-120
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 39022037176
Data local do acidente: [01/01/2019]
Data local do exame: [12/03/2020] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**LUXAÇÃO EXTERNO-CLAVICULAR ESQUERDA
FRATURA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA PARA O OMBRO ESQUERDO E PARA O 3º QUIRODÁCTILO DIREITO. REALIZADA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES NA PERNA. ANTIBIOTICOTERAPIA PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Complicações: INFEÇÃO DE PARTES MOLES NA PERNA ESQUERDA.
Data da Alta: 02/03/2020**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO RESIDUAL DE ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO. BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º QUIRODÁCTILO. BLOQUEIO LEVE DE FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO, LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO E GRAVE DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: ☒ (X) 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

3º DEDO DA MÃO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019164020

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 787 / 2019



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2019 14:14:46**
Data / Hora da Ocorrência: **01/01/2019 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FERNANDES TAVORAS**
Complemento:
Bairro: **AUTRAN NUNES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**
Nascimento: **13/08/1965** CPF: **775.576.973-91**
RG: **99012057176** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA TEIXEIRA DE HOLANDA**
MANOEL DOMINGUES BATISTA
Endereço: **RUA VERONA, 378**
Bairro: **SÃO MIGUEL**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98545-0850**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HUM0575 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC250TTR004336 Renavam: **648064298** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:
1996 Ano Modelo: **1996** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**
Proprietário: **SEBASTIAO ALMEIDA PINHO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HUM-0575 NA AV. FERNANDES TAVORAS QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU O SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.

///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

FABIANE ROCHA MOTA LOPES - MAT.: 133820-1-8

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 475.576.973-91 4 - Nome completo da vítima: Antonio Homingues Teixeira

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

5 - Nome completo: Antonio Homingues Teixeira 6 - CPF: 475.576.973-91
7 - Profissão: Quaseiro 8 - Endereço: Rua Verona 9 - Número: 378 10 - Complemento: -
11 - Bairro: São Miguel 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 9872-41586

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 476187 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) ☐ 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 (vai 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 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 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)

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						CONSULTA MÉDICA COM OBSERVAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700405339886450	NOME: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA				Registro: 5596628		
CPF: 77567897391	RG: 99012057178	D. NASC: 13/08/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA COR: Amarela		
NOME DA MÃE: RAIMUNDA TEIXEIRA DE HOLANDA			NOME DO PAI: MANOEL DOMINGUES BATISTA				
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida		ENDEREÇO DO PACIENTE: VITORIA		Nº: 378	BAIRRO: SAO MIGUEL (JUREMA)		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 89115344,	MUNICÍPIO: CAUCAIA		UF: CE	CEP: 61640120	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: DERLANIA PENHA TEIXEIRA		PARENTESCO: FILHA			TELEFONE:		
AGENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS, ECG15							
OBSERVAÇÕES: SEM USO DE CAPACETE E HALITO ALCOÓLICO							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnesis

Pr. 858 - And in the

Exame Físico

12/15/20

Continued

Fraser, Gordon Tibbrell

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:		VCE7 Polymyx	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	
01/01/15		 HOSPITAL REGIONAL UNIMED	

D^r Naraide Charles M. de Cruz CRM 2920
Pediatra Unipronto 24 horas.

Arquivo Geral do
Esta Cópia Confere
Com o Original
DATA 11/02/2019
MATRÍCULA 051012
maria julia ruiho

INSTITUTO DR. JOSE BROTA
FC: _____ Sat O2: _____ %
T(°C): _____ GLICEMIA*: _____
GLASCOW: 0 _____ M _____
* Glicemia Se Glascow = 8. TCE e História de Diabetes
Rua Barão do Rio Branco, 1616 - Centro - CEP 80.025-061
Curitiba, Ceará, Brasil. (085) 3255.3000

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: 24/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000047618-7

Nr. da Autenticação 6753FC6FCE17CDD7



Fatura Mensal

(Pág.: 02/02)



BradesCard

ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA
RUA VERONA 378
SAO MIGUEL
60000-000 CAUCAIA CE

Cartão 4282.67**.****.2018

OPORTUNIDADE ESPECIAL DE PARCELAMENTO

Preparamos condições especiais de parcelamento para que você pague sua dívida total em PRESTAÇÕES FIXAS que caibam em seu bolso, a uma taxa de juros promocional de 7,99%. Dessa maneira você poderá se planejar melhor sabendo exatamente o valor fixo mensal a ser pago, a sua dívida é de:

VALOR ORIGINÁRIO EM ATRASO: R\$ 656,89 DATA DE ORIGEM DO ATRASO: 06/08/2019

SALDO DEVEDOR ATUAL: R\$ 1.034,55

DETALHAMENTO DO SALDO DEVEDOR ATUAL:

VALOR PRINCIPAL R\$ 749,79 JUROS R\$ 201,97 MULTA R\$ 13,79 IOF R\$ 1,56

SEGURO R\$ 14,97 TARIFAS R\$ 0,00 ANUIDADE R\$ 52,47

OS VALORES ACIMA FORAM CALCULADOS CONSIDERANDO A DATA BASE EM 25/09/2019.

O valor de suas compras parceladas que vencerão nos próximos meses + encargos (se houver) é de R\$ 273,59

Abaixo apresentamos algumas opções de parcelamento para a sua escolha.

A VISTA R\$ 1.308,10

OU 03 PARCELAS FIXAS DE R\$ 469,95

OU 06 PARCELAS FIXAS DE R\$ 261,95

OU 09 PARCELAS FIXAS DE R\$ 193,83

Para aceitar siga atentamente as instruções. Escolha acima a melhor proposta conforme suas condições:

1) faça o pagamento até 06/10/2019 em qualquer agência bancária ou correspondente bancário;

2) REALIZE O PAGAMENTO DA PARCELA NO VALOR EXATO, INCLUSIVE OS CENTAVOS;

No caso de parcelamento, as demais parcelas serão fixas, com vencimento 30 trinta dias após o pagamento da primeira, e automaticamente enviadas para seu endereço de correspondência.

Caso as condições acima não estejam de acordo, ligue para nós para que possamos juntos estudar a melhor maneira para você quitar sua dívida com total segurança e tranquilidade.

IMPORTANTE: após o pagamento dessa fatura, caso o seu CPF esteja incluído nos órgãos de restrição ao crédito em relação a este débito, ele será automaticamente regularizado no prazo de até 5 (cinco) dias úteis. Manteremos o seu cartão bloqueado para compras até a quitação dessa fatura e sua linha de crédito estará sujeita a nova análise.

Telefones para contato: 4004-1203 (Reg. Metropolitanas e Principais Capitais) e 0800-9790203 (Demais Localidades)

Horário de atendimento: segunda a sexta, das 8h às 21h e aos sábados, das 8h às 18h.



Bradesco

237-2

23794.15009 90134.872879 23000.224503 1 00000000000000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA /775.578.973-91

/RUA VERONA, 378 //SAO MIGUEL /CAUCAIA -CE/60000-000

Sacador/Avalista

Nosso Número

01348728723

Nº do Documento

00005852

Data de Vencimento

06/10/2019

Valor do Documento

R\$ 1.034,55

(=) Valor Pago

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01

/ Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.

Agência/Código do Beneficiário

4150/0002245-4

Autenticação Mecânica

SAC: 0800 730 5030 / SAC Deficiente Auditivo: 0800 722 0099 / Ouvidoria BradesCard: 0800 722 2073



Bradesco

237-2

23794.15009 90134.872879 23000.224503 1 00000000000000

Local de Pagamento

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO E LOJAS C&A

Data de Vencimento

06/10/2019

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01

/ Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.

Agência/Código do Beneficiário

4150/0002245-4

Data do Documento

06/10/2019

Nº do Documento

00005852

Espécie DOC

RECIBO

Assinatura

N

Data Processamento

25/09/2019

Nosso Número

01348728723

Uso do Banco

244

Carteira

09

Espécie R\$

R\$

Quantidade

xValor

(=) Valor do Documento

R\$ 1.034,55

Informações de responsabilidade do beneficiário

(-) Desconto/Abatimento

ATENCAO! ESTE ACORDO SERA VALIDO ATE A DATA DE SEU VENCIMENTO. PARA LIQUIDAR ESTE DEBITO APOS ESTA DATA PROCURE UMA LOJA C&A OU ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE COBRANCA DO SEU CARTAO E FAÇA UM NOVO ACORDO.

(-) Juros/Multa

(=) Valor Pago

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA /775.578.973-91/RUA VERONA, 378 /

/SAO MIGUEL /CAUCAIA /CE/60000-000

Sacador/Avalista/CPF/CNPJ

2379100000000000004150090134872872300022450

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Adenilson Luiz de Azevedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.203 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Homengues Teixeira inscrito (a) no CPF sob o Nº 775.576.973 91

do sinistro de DPVAT cobertura Integralidade da Vítima Antônio Homengues Teixeira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 775.576.973 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Ruijo Gomes da Silva</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Independência</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603-070</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 987241586</u>

Local e Data: Caruaru 20.02.2020

Assinatura do Declarante

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32000 96905 Data da solicitação: 30.09.2020
Nome do beneficiário: Antonio Domingues Teixeira CPF do beneficiário: 175.576.973-91
Nome do solicitante: Antonio Domingues Teixeira CPF do solicitante: 175.576.973-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 987241586 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Bauçeira 30.09.2020

Local e Data

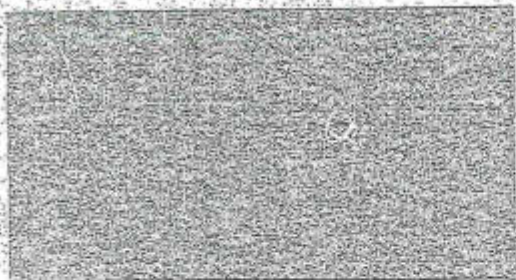
Antonio Domingues Teixeira
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

LAUDO MÉDICO

NOME: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI
VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 11/01/19, ONDE FOI
SOCORRIDO AO HOSPITAL HJF

COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DA MÃO DIREITA

O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO () CLÍNICO (X) CIRÚRGICO

() FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM IMOBILIZAÇÃO

GESSADA RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM

MARÇO / 2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO

IRREVERSIVEL DE 30 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO

DOR RESIDUAL NA MÃO DIREITA E

DEFORMIDADE NO 3º DITO DITO DIREITO

29 09 20
CAUCAIA 1/1/

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AUTORIDADE NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

DOC. IDENTIFICADOR / OUT. EMISSOR DE
99012057176 SSP/CE

CITY
775.576.973-91

DATA NASCIMENTO
13/08/1965

FAMÍLIA
MANOEL DOMINGUES
BATISTA
RAIMUNDA TEIXEIRA DE
HOLANDA

PERMISSÃO
A

Nº MENSAGEM
03686539084

VALIDADEZ
09/07/2023

1ª HABILITAÇÃO
22/09/2005

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1659620151

PROIBIDO PLASTIFICAR
1659620151

CEARA

08019366404
CE165838736

08/08/2018

PORTALEZA, CE

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Antonio Domingues Teixeira, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão guscaro, residente e domiciliado à Rua Zurona, nº 378, bairro São Miguel, Município de Caucaia, Estado de(o) Ceará, Cep: 60020-000, portador(a) do Rg nº 99012051176, SSP/CE e CPF nº 115.576.973-91.

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o nº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Antonio Domingues Teixeira, ocorrido em 01/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo:

Invalidez

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Invalidez 12 de fevereiro de 2020.

Assinatura: Antonio Domingues Teixeira
Nome do Outorgante: Antonio Domingues Teixeira
CPF nº 115.576.973-91



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077289/20

Número do Sinistro: 3200096906

Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

CPF: 775.576.973-91

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 01/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 01/10/2020
Nome: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA
CPF: 775.576.973-91

ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS