

**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 **WAQR.20.00171790-1** em **16/11/2020 15:15:39**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Aquiraz
Processo : 0050785-21.2020.8.06.0034
Protocolo : WAQR.20.00171790-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Responsabilidade Civil
Data/Hora : 16/11/2020 15:15:39

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

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

Petição* : 2766777_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2766777_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-26.pdf
Procuração/Substabelecimento: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548401

Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548401 Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	---

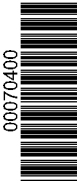
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548401 Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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, 11 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190548401**

Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

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





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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548401

Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005304-0

Conta: 000009696-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 094.722.193-06 Nome completo da vítima: Laraine Lorena da Silva Freitas

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

Nome completo: Laraine Lorena da Silva Freitas CPF: 094.722.193-06
Profissão: Relizou Endereço: Rua Luiz Bento de Freitas Número: S/N Complemento: _____
Bairro: Distrito Topera Cidade: Aquinoz Estado: CE CEP: 61700-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 98865.9275

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

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5304 CONTA: 9696 2
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 comprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Aquinoz - CE 11/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Laraine Lorena da Silva Freitas
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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: 3190548401
Nome do(a) Examinado(a): Laiane Lorena da Silva Freitas
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiza Bento de Freitas, S/N
Tapera Aquiraz CE CEP: 61700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20181972209
Data local do acidente: [20/04/2019]
Data local do exame: [19/10/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

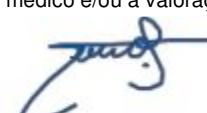
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 29/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 60º COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME ARTICULAR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o 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 CPAL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUINAZ
Impressão nº 2019001522



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 267 - 2019 / 2019

Dados da Ocorrência

0330231/19

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 11/09/2019 09:00:00
Data / Hora da Ocorrência: 20/04/2019 15:30:00
Endereço da Ocorrência: R LUISA BENTO DE FREITAS, TAPERA - TAPERA
AQUINAZ/CE
Ponto de Referência: PROX. AO BAR DO FACÃO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS
Nascimento: 28/04/2001 CPF: 094.722.193-06
RG: 20181972209 Órgão Emissor: SSPDS
Filiação: OCELIA DA SILVA FREITAS
ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS
Endereço: RUA LUISA BENTO DE FREITAS
Bairro: TAPERA
Município: AQUINAZ/CE
País: BRASIL

UF: CE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA METROPOLITANA DE SEGURANÇA
24 SET. 2019

CEP: 61023-000

Telefone: (35) 98733-3413

Histórico

Informa a declarante que vinha como garupelra na motocicleta HONDA de placas PMK-4186, cor preta, ano/mod, 2015, de propriedade Francisco Gleydson Alves Guimarães; Que na hora do acidente era conduzida pelo seu irmão Bruno da Silva Freitas, ocasião em que trafegava pela Rua Luisa Bento de Freitas, Tapera-Aquinaz/CE momento em que o veículo Corsa classic avançou a preferencial vindo a colidir com a citada moto, causando o acidente; Que devido ao impacto ambos caíram ao solo; Que seu irmão sofreu apenas escoriações leves; Que a declarante foi socorrida pela SAMU, e levada ao hospital UF, onde sofreu fratura de platô tibial direito, sendo preciso realizar duas cirurgias e varias escoriações pelo; Que ressalta a declarante que condutor do veículo corsa se evadiu do local sem presta nenhuma atendimento a vítima. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUINAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Francisco Eudes Muniz

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Laiane Lorena da Silva Freitas

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO DA SILVA FREITAS (QUINTAS FERNANDES - MAT.: 200224-7-1)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

Impresso nº 2019636922

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2096 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/09/2019 09:00:09**
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2019 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R LUISA BENTO DE FREITAS , TAPERA - TAPERA AQUIRAZ/CE**
Ponto de Referência: **PROXI. AO BAR DO FACÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**
Nascimento: **28/04/2001** CPF: **094.722.193-06**
RG: **20181972209** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **OCELIA DA SILVA FREITAS**
ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS
Endereço: **RUA LUISA BENTO DE FREITAS**
Bairro: **TAPERA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98733-8013**

Histórico

Informa a declarante que vinha como garupeira na motocicleta HONDA de placas PMK-4186, cor preta, ano/mod. 2015, de propriedade Francisco Gleydson Alves Guimarães; Que na hora do acidente era conduzida pelo seu irmão Bruno da Silva Freitas, ocasião em que trafegava pela Rua Luisa Bento de Freitas, Tapera-Aquiraz/Ce momento em que o veículo Corsa classic avançou a preferencial vindo a colidir com a citada moto, causando o acidente; Que devido ao impacto ambos caíram ao solo; Que seu irmão sofreu apenas escoriações leve; Que a declarante foi socorrida pela SAMU, e levada ao hospital IJF, onde sofreu fratura de platô tibial direito, sendo preciso realizar duas cirurgias e várias escoriações pelo; Que ressalta a declarante que condutor do veículo corsa se evadiu do local sem presta nenhuma atendimento a vítima. E nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x**



3190548401



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2096 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/09/2019 09:00:09**
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2019 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R LUISA BENTO DE FREITAS , TAPERA - TAPERA AQUIRAZ/CE**
Ponto de Referência: **PROXI. AO BAR DO FACÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**
Nascimento: **28/04/2001** CPF: **094.722.193-06**
RG: **20181972209** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **OCELIA DA SILVA FREITAS**
ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS
Endereço: **RUA LUISA BENTO DE FREITAS**
Bairro: **TAPERA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98733-8013**

Histórico

Informa a declarante que vinha como garupeira na motocicleta HONDA de placas PMK-4186, cor preta, ano/mod. 2015, de propriedade Francisco Gleydson Alves Guimarães; Que na hora do acidente era conduzida pelo seu irmão Bruno da Silva Freitas, ocasião em que trafegava pela Rua Luisa Bento de Freitas, Tapera-Aquiraz/Ce momento em que o veículo Corsa classic avançou a preferencial vindo a colidir com a citada moto, causando o acidente; Que devido ao impacto ambos cairiam ao solo; Que seu irmão sofreu apenas escoriações leve; Que a declarante foi socorrida pela SAMU, e levada ao hospital IJF, onde sofreu fratura de platô tibial direito, sendo preciso realizar duas cirurgias e várias escoriações pelo; Que ressalta a declarante que condutor do veículo corsa se evadiu do local sem presta nenhuma atendimento a vítima. E nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Laiane Lorena da Silva Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x

**CARTÓRIO
PATACAS**

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica a
qual confere com o original do que dou fé

Distrito de Patacas 30 SET. 2019 Aquiraz/CE

Em testemunho Nauy da verdade

Wantúyl Ferreira da Silva

Tabellão / Registrador

CARTÓRIO PATACAS

Av. Josué Leite de Freitas, S/N

Patacas - Aquiraz

(85) 3113-1331



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 094.722.193-06 Nome completo da vítima: Laraine Lorena da Silva Freitas

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

Nome completo: Laraine Lorena da Silva Freitas CPF: 094.722.193-06
Profissão: Relaxou Endereço: Rua Luiz Bento de Freitas Número: S/N Complemento: _____
Bairro: Distrito Topera Cidade: Aquinoz Estado: CE CEP: 61700-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 98865.9275

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

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5304 CONTA: 9696 2
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 comprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Aquinoz - CE 11/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar a **Sra. LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**, portadora do RG n.º 2018197220-9, SSP-CE, inscrita no CPF n.º 094.722.193-06, dia 20/04/2019 às 15h53, no Município de Aquiraz-CE, na Rua Luiza Bento de Freitas, Bairro Tapera, próximo ao Bar do Facão, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 23 de julho de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

ANEXO COMISSÃO DE SÍN. CIDA
24 SET. 2019
PRE:

BRADESCO

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:

27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05304-0

CONTA: 000000009696-2

Nr. Autenticação

BRDESCO2711201905000000000023705304000000009696253125 PAGO

7628169

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Videvino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNEJ 07042251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enei

568198959

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 21 20009 55 062640 - 9

Data de Emissão 30/03/2019

Nome OCELIA DA SILVA FREITAS

End. Postal RU LUIZA BENTO DE FREITAS 00000

DISTRITO TAPERA - AQUIRAZ - 61700000

Medidor 6292137

Posta 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 866721423-04

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Abr/2019

Data da Apresentação 30/03/2019

Próxima Leitura 30/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta Fev/2019

EUSO 30,40

Mês DICRI = 16,50 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 69,50

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 18,76

Padrão Individual

Agrupação Individual

Mensal 18,29

Trim. 28,59

Anual 41,19

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

DIC 7,52

FIC 15,04

DMIC 30,09

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0E05.05EF.65E1.5F7B.47D8.D4B4.97E8.32C8

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
3843	3747	1,00	96	0,00	96	R\$ 12,397	49,50
30/02/19	27/02/19		31 DIAS		96		69,58

VALOR CONSUMO DO MÊS

Multa Moratória Ref 01/2019

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

69,50

1,67

5,12

VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

76,29

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	25,84
Transmissão	14,76
Distribuição	13,98
Encargos Setoriais	1,15
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	22,22
TOTAL	69,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

115	96	116	127	115	129	113	122	112	99	132	99	131
115	96	116	127	115	129	113	122	112	99	132	99	131

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) 37,48Compensado kg (CO₂) 0,00Consciência Ecológica (%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 107,55. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês/Ano 02/2019

Valor R\$ 107,55

Consta desta fatura R\$ 3,45 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,80% e COFINS=4,10%.
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade em
suas faturas vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.067/2009. Esta declaração substitui
quitações anteriores.LUGA CORRIGIDA SET. LTDA.
24 SET. 2019

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Bruno Mesquita Monteiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.330.133 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vairant Lorenz da Silva Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.722.193 / 06

do sinistro de DPVAT cobertura Fuvaliter da Vítima Vairant Lorenz da Silva Freitas

inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.722.193 / 06, 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>Vila dos Anjos</u>	Número: <u>5A</u>	Complemento:
Bairro: <u>Tril Tapera</u>	Cidade: <u>Aquiri</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail:	CEP: <u>61200-000</u>	Tel.(DDD): <u>85</u> 93503-2

Local e Data: Aquiri - CE 12/09/2019

Bruno Mesquita Monteiro
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Francisco Gleydson Alves Guimarães

RG nº 2003006004178, data de expedição 03/08/18

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 029 458 733-03

com domicílio na cidade de Aquiraz, no Estado de Ceará

Rua Luiz Bento de Freitas, nº S/N

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Luane Helena da Silva Freitas, cujo o condutor era

Bruno da Silva Freitas

Veículo: MOTO Modelo: HAUDDA INX R160 BROS ESD Ano: 2015

Placa: PMX4186/CE Chassi: 9C2KDO800FRO29715

Data do Acidente: 20/04/2019



Local e Data: Aquiraz - CE 11/09/2019

FRANCISCO GLEYDSON A. GUIMARAES

Assinatura do Declarante

Bruno da Silva Freitas

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de
FRANCISCO GLEYDSON
ALVES GUIMARAES

Distrito de Patacas 13 SET. 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Wantuyl Ferreira da Silva da veracidade
Tabelião / Registrador



"NESTE DOCUMENTO FOI APLICADO O SELO DO TIPO 03, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TJCE, NA PORTARIA Nº 1.204/2019, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 29/07/2019".

CARTÓRIO PATACAS
Av. Josué Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Resumo de alta

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 14/ 05/2019

DATA DA ALTA: 16/05/2019

BE/PRONT: 5612999

CIDADE DE ORIGEM: AQUIRAZ

IDADE: 18

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade proximal da tibia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass.: _____

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM-6286

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

Data: 16/05/19

M. Sulez

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
24 SET. 2019

Registro de Atendimento Emergencial

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 20/04/2019 17:17:58	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700401962301347	NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS				Registro: 5612000		
CPF: 09472219306	RG:	D. NASC: 28/04/2001	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Branca		
NOME DA MÃE: OCELIA DA SILVA FREITAS				NOME DO PAI: ANTONIO CEZAR CAMARA DE FREITAS			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: LUIZA BENTO DE FREITAS			Nº: 90	BAIRRO: TAPERA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 91183668	MUNICÍPIO: AQUIRAZ		UF: CE	CEP: 81700000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 112 AQUIRAZ, COND. AROLD				PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE 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 carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: colisão moto x carro com trauma exposto em M.D., referindo cefaléia, há 02 horas, apres. dor nega desmaio							
OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

UNIDADE DE ATENDIMENTO DE SAÚDE
24 SET. 2019



Prefeitura de
Fortaleza

LAUDO MÉDICO

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM MATERIAL DE OSTEOSSINTESE EM MAIO DE 2019.

ATUALMENTE FRATURA CONSOLIDADA.

ALTA AMBULATORIAL

AO DPVAT

CID10: S82.1

Fortaleza, 29 DE AGOSTO DE 2019.

Dr. Guilherme Victor de Abreu
Ortopedista Traumatologista
CRM 10.107

Assinatura e Carimbo Médico

LUBIA CORRIGIDORA DE SEL. LTDA.
24 SET. 2019



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

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

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 14/05/2019

DATA DA ALTA: 16/05/2019

BE/PRONT: 5612999

CIDADE DE ORIGEM: AQUIRAZ

IDADE: 18

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade proximal da tibia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 6256

Ass: _____

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

Data: 16/05/19

Dispensa do trabalho por:

30 dias de licença

COPIA SECRETARIA DE SAÚDE
24 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

BRUNO MESQUITA MONTEIRO



DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSAO UF
2004005131930 SSP CE

CPF
606.330.133-07

DATA NASCIMENTO
10/09/1992

Função
ANTONIO DE PADUA
FERREIRA MONTEIRO
ALDAMIRA FERREIRA
MESQUITA

PERMISSAO
[]

ACC
[]

CAT. 00
[]

UF EMISSAO
05472931287

VALIDADE
15/12/2021

1ª HABILITACAO
19/04/2012

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO:


ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
PORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
19/12/2016


ANTONIO DE PADUA
FERREIRA MONTEIRO
ASSISTENTE DE ENFERMAGEM

50301386078
CE157092518

1407086616

DETRAN - CE (CEARA)

24 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014143355350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 1048236703 0000000000 2018
EXERCÍCIO

FRANCISCO GLEYDSON A GUIMARAES

AQUIRAZ /CE

02945873303
PLACA PMK4186/CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
HONDA/NXR160 BROS ESD
2P/OCV/162CC
COMBUSTIVEL GASOL/ALCO
ANO FAB 2015
COR PRECEDENTE PRETA

180.65 0.70 185.50 10/08/2018
PREMIO TARIFARIO (R\$) ICP (R\$) PRECIZO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

AQUIRAZ 14/08/2018
Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014143355350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02945873303 PMK4186/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204
014143355350 59615561146

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 14/08/2018

VIA 01 02945873303 PLACA PMK4186
RENAVAM 1048236703 MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ES
ANO FAB 2015 CAT 025 PART Nº CHASSI 9C2KD0800FRO29715

PRÊMIO TARIFÁRIO
FIM (R\$) 81.29 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICP (R\$) 0.70
DATA DE QUITAÇÃO 10/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.548.808/0001-04

MOTOR: KDOBEOFO29715 05016



CONTRAN

24 SET. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548401

Cidade: Aquiraz

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do acidente: 20/04/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 60° COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME ARTICULAR.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/10/2019

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Laiane Lorena da Silva Freitas, Brasileiro (a)
Estado Civil Reclamar, Profissão Reclamar Inscrito com o Nº de RG:
2618197220-9 e CPF: 094722193-06 Residente e
domiciliado(a) à rua Luiza Bento de Freitas
Nº: S/N Bairro: Distrito Topera Cidade: Aquiraz
Estado: Ceará CEP: 61700000 Fone: 98659275

OUTORGADO: Breno Hergemir Fortuna
Inscrito com o Nº de RG: 2004005131930
e CPF: 666.330.133-07 Residente e domiciliado na: VL Despagem
Nº: S/N Bairro: DT Topera
Cidade: Aquiraz; Estado: Ceará

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Laiane Lorena da Silva Freitas ocorrido em 20/04/2019 de natureza da cobertura Invalidez.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Aquiraz, (Cé), 11 de 09 de 20 19

CARTÓRIO
PATACAS

Laiane Lorena da Silva Freitas
OUTORGANTE

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
LAIANE LORNA DA SILVA FREITAS

Distrito de Patacas 1 3 SET 2019 Aquiraz/CE
Em testemunho Wany da verdade
Wantuy Ferreira da Silva
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATACAS
Av. Josué Leite de Freitas, S/N
Patacas - Aquiraz
(85) 3113-1331



24 SET. 2019

"NESTE DOCUMENTO FOI APLICADO O SELO DO TIPO 03, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TICE, NA PORTARIA Nº 1.204/2019, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 29/07/2019".

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330231/19

Número do Sinistro: 3190548401

Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

CPF: 094.722.193-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 07/10/2019
Nome: BRUNO MESQUITA MONTEIRO
CPF: 606.330.133-07

BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA