

**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 **WSAN.21.00165060-3** em **26/01/2021 10:45:54**.
- 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 : Santana do Cariri
Processo : 0050252-66.2020.8.06.0162
Protocolo : WSAN.21.00165060-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 26/01/2021 10:45:54

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* : 2779996_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Documentação : 2779996_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-23.pdf
Documentação : 2779996_CONTESTACAO_Anexo_02 - 24-26.pdf
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf

Downloads

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

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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200123403

Vítima: JOEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEL JOSE DA SILVA

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



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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200123403

Vítima: JOEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOEL JOSE DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200123403 **Vítima: JOEL JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: 30/03/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOEL JOSE DA SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOEL JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000005452-6

Conta: 000001000216-8

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
148528268-38		JOEL JOSÉ DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
JOEL JOSÉ DA SILVA		148528268-38	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
HORTICULTOR	RUA LUIZ LACERDA	133	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	SANTANA DO CHIRI	CE	63190-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 88796174242		

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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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: 5452

6

CONTA: 1000216

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 recuperação 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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte de 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

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

38 - 1º Nome: *Ravilla Duarte Leite*
CPF: 069.039.333-62

Ravilla Duarte Leite
Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: *Antônio Duarte Leite*
CPF: 248.781.043-71

Antônio Duarte de Aquino
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Centro Brumado 2019 e DA SPOSA
JOEL

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gracil Leite Jr.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 4988 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO-CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **17/07/2018 11:51:17**

Data / Hora da Ocorrência: **30/03/2018 15:30:00**

Endereço da Ocorrência: **VILA TRINGULO**

Complemento:

Bairro:

Município: **NOVA OLINDA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOEL JOSE DA SILVA**

Nascimento: **04/11/1970** CPF: **148.528.268-38**

RG: **28116762**

Orgão Emissor: **SSPSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA GOMES DA SILVA**

BENEDITO JOSE DA SILVA

Endereço: **RUA LUIZ LACERDA, 133 CASA**

Bairro: **CENTRO**

Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA ELZA DA SILVA**

Nascimento: **29/12/1968** CPF: **326.259.873-91**

RG: **20088478542**

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **FRANCISCA GOMES DA SILVA**

BENEDITO JOSÉ DA SILVA

Endereço: **TRAVESSA LUIS LACERDA, 534**

Bairro: **CENTRO**

Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNZ7350** Uf: **CE** Município: **SANTANA DO CARIRI** Chassi: **9C2KC2210HR010668** Renavam: **1106271383** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOEL JOSE DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA SEU IRMÃO, JOEL JOSÉ DA SILVA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE A VÍTIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO CAIU AO SOLO DESMAIANDO NO LOCAL; QUE A VÍTIMA FORA SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PEQUENO PORTO ANA ALENCAR ALVES EM NOVA OLINDA, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 4988 / 2018

EM JUAZEIRO DO NORTE, SOFRENDO AS LESÕES DESCritAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; ROL DE TESTEMUNHAS EM ANEXO; QUE NÃO SABE INFORMAR SE A VÍTIMA É HABILITADA E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 
ANA LÚIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonia Elza da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): 
DIOGO GALINDO DE GOES - MAT.: 300027-1-7

VALIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE



CARTÓRIO RIBEIRO 1º OFÍCIO Fone: (88) 3525-1531 / 9 9801-2051 Av. Joaquim Távora N° 328 - Centro Ceará - CEP: 6200-000	<p>A presente cópia fotostática confere com original exibido nestas Notas públicas. O relendo é verdade. Dou Fé.</p> <p>29 AGO. 2018</p> <p>Valido somento com selo de Autenticidade</p> <p>Roberta Yancey Cruz Ribeiro Titular Intérina</p>
--	--

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:	4 - Nome completo da vítima:	
148528268-38		JOEL JOSÉ DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
JOEL JOSÉ DA SILVA		148528268-38	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
HORTICULTOR	RUA LUIZ LACERDA	133	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	SANTANA DO CHIRI	CE	63190-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 88796174242		

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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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: 5452

CONTA: 1000216

(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 Lider 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 recuperação 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascido): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--	--	---

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

34

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

38 - 1º Nome: *Ravilla Duarte Leite*
CPF: 069.039.333-62

Ravilla Duarte Leite
Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: *Antônio Duarte de Aguiar*
CPF: 148.528.268-38

Antônio Duarte de Aguiar
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Centro, 13 de maio de 2009

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Joel José da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOEL JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05452-6

CONTA: 00001000216-8

Nr. Autenticação

BRADESCO24042020050000000002370545200001000216337500 PAGO

EVERARDO DE SOUSA LEITE RUA MAURICIO ALMEIDA, 26, 0 63100-000, ZACARIA GOMES, CRATO - CE ROTA, 0-28-2020 FAX/CE: 35535-6		MES/ANO: 01/2020 NR. GUIA 200135525 CATEGORIA/QTDE			
DESCRIÇÃO Tarifa de Águas PIS CONFIAS		1-RES: VALOR			
		58,18 0,96 4,42			
DATA LETRAS: ANTES/DEPOIS 24/02/2020		LEMBRANÇA R\$ 58,18			
LETRAS ANTES/DEPOIS	LETRAS ATUAL	ORIGEM: RES 20 00 20 00 DIÁTRIO 0 00			
R\$ 58,18		00 00 00 00			
CONFERENCIA: 1-1406129 MIRANTE					
PESOS ALÍGIOS E RES		PESOS * ATENÇÃO, CONFORME RESOLUÇÃO N. 01/2018 DE MAIO DE 2018, FICA AUTORIZADO REAJUSTE NAS TARIFAS, A PARTIR DE 01 DE JANEIRO DE 2020 DE ACORDO COM IPCA /IBGE. *			
ALÍGIOS DE LEIAUTAIS ELETRÔNICOS		PERÍODO DE ANÁLISE 15/01/2020 - 17/02/2020			
MATERIAIS CLO, CLORO, COLIFORMES, ESCHERICHIA, FILTROR, PH, TURBIDEZ		UNIDADE MG/L NHP/0,1 NHP/0,1 MG/L PH NTU	ME 0,20 a 2,00 0,00 a 5,00 0,00 a 0,00 0,00 a 1,50 5,00 a 9,50 0,00 a 5,00	100% DE APROVADOS 621 4 0 0 624 0	FALHAS 1-10 0,00 0,00 0,00 6,80 0,00

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EVERANZO DE SOUSA CRIZ

inscrito (a) no CPF/CNPJ 346.395.783-34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joel Jose da Silveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.528.268-38

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima

Joel Jose da Silveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.528.268-38

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 à Seguradora Lider-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 MAUNIRIO ALMEIDA</u>	Número:	<u>26</u>	Complemento:
Bairro:	<u>24 ANOS CONSTRUIES</u>	Cidade:	<u>CRATO</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>63110130</u>

Tel. (DDD): 88796174242

Local e Data:

Crato 18 de Março de 2020

Curitiba de Souza Jr.
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOEL JOSE DA SILVA
Pront.: 111898 **Data Nasc.:** 04/11/1970 **Idade:** 47 ano(s) 4 mes(es) e 26 dia(s) **Admissão:** 30/03/2018 17:49
Mãe: FRANCISCA GOMES DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** 28116762 **Município:** SANTANA DO CARIRI
CEP: **Bairro:** CENTRO **Tel.:**
Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92 **Num:** 92

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO **Classificador:** FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES **Horário:** 30/03/2018 17:51
Queixa: CLIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, RNC E
DISPNEIA INTENSA.

Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador: RESPIRAÇÃO INADEQUADA
Sato02:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: JOAO BOSCO SOARES SAMPAIO **CRM:** 4189 **Nº:** 419522 **Horário:** 30/03/2018 18:04
Acidente: Sim **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS
VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSITO
Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE, REGIÃO CERVICAL E
TORAX. LARGADO, SEM RESPOSTA VERBAL, MIDRIASE ESQ..
PACIENTE FOI ENTUBADO LOGO APÓS CHEGADA AO SERVIÇO.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/03/2018 17:51	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	RESPIRAÇÃO INADEQUADA	VERMELHO	FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:09	Não	Cancelado
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente

NOME: JOEL JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 111898

DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1970

SOLICITANTE: Dr. ANTONIO DEIVES ALVES FIGUEIREDO

ENFERMARIA/LEITO: 09

SETOR SOLICITANTE: INTENSIVA

HORA DO EXAME: 10:42

DATA DO EXAME: 01.04.2018

HORA DO LAUDO: 10:55

DATA DO LAUDO: 01.04.2018

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA**TÉCNICA:**

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidefector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

Controle de TCE.

ANÁLISE:

Fratura da base do processo condilar e incisura mandibular à direita, sem diástase ou deslocamento.

- Material hemático preenchendo cisternas basais, em especial parasselar direita, sulcos intergirais frontoparietotemporais, fissuras, cornos posteriores dos ventrículos laterais e quarto ventrículo.
- Hipodensidade ovalada mal definida em região nucleocapsular direita medindo 1.8 x 1.2 cm com efeito tumefativo caracterizado por colapso ventricular parcial.
- Nódulo calcificado em giro frontal superior direito, medindo 0.5 cm sem evidências tomográficas de edema perilesional.
- Não há evidência de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Elementos ósseos da calota craniana sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura linear mandibular à direita, com envolvimento da incisura e base condilar.
2. Hemorragia subaracnoidea difusa, com predomínio cisternal*, associada a hemoventrículo supra e infratentorial sem hidrocefalia.
3. Área focal de edema citotóxico nucleocapsular à direita sugestivo de isquemia aguda.
4. Calcificação encefálica patológica frontal direita de aspecto tomográfico residual.

Obs: A correlação com o exame anterior, datado de 31.03.2018, evidencia:

- Maior definição da área de edema citotóxico nucleocapsular direito (isquemia aguda).
- Estabilidade dos demais achados.

* Predomínio cisternal da HSA e poucas alterações traumáticas craniocéfálicas, devem levantar a suspeita para ruptura de aneurisma. Correlacionar com dados clínicos.

Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 111898 - JOEL JOSE DA SILVA

Idade: 47 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92

Num: 0

Bairro: CENTRO

CEP: 63000-000

Cidade: SANTANA DO CARIRI

UF: CEARÁ

Relatório

Cancelada

Tipo de Saída: Transferência Externa

Não

Resumo Clínico

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE INTENSIVA EM 31/03/2018, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLÍSTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE (IMAGEM SUGESTIVA DE ANEURISMA EM ACM DIREITA, SINAIS DE HSA- EM ANGIOTC. DE CONTROLE), TRAUMA DE FACE (FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO BAIXA, SEM DESLOCAMENTO MEDIAL OU ANTERIOR) E TÓRAX, QUE TEVE CONDUTA EXPECTANTE, ADMITIDO COM QUADRO CLÍNICO MUITO GRAVE, GLASGOW: 06, FOI INTUBADO E ACOPLADO A VM LOGO DA ADMISSÃO. DIA 11/04 REALIZADA TRAQUEOSTOMIA E EM 12/04/2018 FOI TRANSFERIDO PARA UTI, EVOLUIU COM PAV.

APÓS ANGIORESSONCIA DE CRÂNIO, CONSTATADO IMAGEM EM DE ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA DIREITA SUGESTIVA DE ANEURISMA PARCIALMENTE TROMBOSADO, AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA QUE INDICOU TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL SANTO ANTÔNIO PARA REALIZAÇÃO DE ARTERIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE CIRURGICA.

PCTE TRANSFERIDO EM REG, HEMIPARESIA E, AFASIA MOTORA, ESTÁVEL CLÍNICAMENTE, AFEBRIL, TRAQUEOSTOMIZADO E

Exames Realizados

esg fast (30/03)

tc de crânio e face (31/03/18)

angio tc (09/04/18)

usg do tórax (11/04/18)

Terapêutica Utilizada

ceftriaxona + clindamicina

tazocin

meropenem + vancomicina

ciprofloxacino

Diagnóstico

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NÃO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S069	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NÃO ESPECIFICADO
Não	I601	HÉMORRAGIA SUBARACNOIDEA PROVENIENTE DA ARTERIA CEREBRAL MÉDIA

Transferência

Referência: HOSPITAL SANTO ANTONIO

Observações Complementares

* Não informado *

Perfil

11.

Responsável

Médico: LUCIANA LEONARDO DE LUCENA

Data: 18/05/2018

Luciana Leonardo de Lucena
Médica
CRM-CE - 14.403





RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito que se fizerem necessários que à paciente **JOEL JOSÉ DA SILVA, 47** anos, encontra-se admitido neste Nosocomio na Unidade de Cuidados Especiais-UCE, sob os cuidados de Equipe Multiprofissional, com HD: traumatismo crânio encefálico e hemorragia subaracnóide (tratamento conservador) e Pneumonia (tratada).

Apresenta atualmente sequelas notórias e cognitivas graves provavelmente secundárias quadro de traumatismo crânio encefálico grave, alimentando-se de forma exclusiva por via sonda nasoenteral, respirando por traqueostoma sem O2 suplementar, além de estar permanentemente acamado.

Realizou exames de imagem que constataram presença de provável aneurisma em artéria cerebral média direita. Avaliado pela neurocirurgia que orienta transferência do mesmo para Hospital Santo Antônio, para realização de arteriografia e posterior conduta quanto a necessidade de abordagem cirúrgica.

Sob essa linha de raciocínio, solicito transferência do paciente acima, por não dispor do exame acima mencionado neste serviço.

CID 10: S06.9 / 160.1

Juazeiro do Norte (CE), 08/05/2018

Assinatura do médico
Data: 08/05/2018
CRMCE - 14.403

Relatório de Cirurgia

Paciente: JOEL JOSE DA SILVA

Prontuário: 111898

Clínica: UTI II

Enfermaria: UTI II

Leito: 19

Cirurgião: ANTONIO VALDÉCIO SILVA BARROS JÚNIOR Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB SEDAÇÃO
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3) ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2% COM VASOCONSTRITOR
- 4) INCISÃO TRANSVERSA 2CM ACIMA DA FURCULA ESTERNAL
- 5) DIERESE POR PLANOS
- 6) IDENTIFICAÇÃO + ABERTURA DA TRAQUEIA EM U + REPARO COM FIO NYLON 2-0 NA PELE
- 7) APOSIÇÃO DE PORTEX Nº 8,0 APOS RETIRADA DE TOT SEM INTERCORRENCIAS
- 8) INSUFLAÇÃO DO CUFF + TESTE FUNCIONAL
- 9) REVISÃO DE HEMOSTASIA
- 10) FIXAÇÃO DA CANULA
- 11) CURATIVO

Antônio Valdécio Silva Barros Jr.
Cirurgia de Cabo e Pescos
CRM EC 11436



Data: 10/04/18

Assinatura

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOEL JOSE DA SILVA

Admissão: 30/06/2018 11:39

Pront.: 111898 Data Nasc.: 04/11/1970 Idade: 47 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 88 99816-2037

Mãe: FRANCISCA GOMES DA SILVA

Sexo: Masculino RG: 28116762

Município: SANTANA DO CARIRI

CEP 63000-000

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador REGIANE CLARICE MACEDO CALLOU

Horário 30/06/2018 11:5

Queixa: RETIROU SONDA VESICAL DE DEMORA E TRAQUEÓSTOMO HÁ CERCA DE 8 HORAS. APRESENTANDO DESDE ENTÃO SANGRAMENTO URETRAL

Fluxograma: PROBLEMAS URINÁRIOS

Discriminador: RETENÇÃO URINÁRIA

Sat02: Glasgow: Temp.: 36,8 Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MARCELO FELIX DE FREITAS

CRM: 6

Nº: 435089

Horário 30/06/2018 12:5

Acidente: Não Agressão: Não Peso:

P.A.:

Elxo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO DA URETRA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE SEQUELADO POR TCE, EM USO DE TRAQUEÓSTOMO E SVD. O MESMO FEZ A RETIRADA HOJ APRESENTANDO SANGRAMENTO POR MEATO URETRAL.



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
CREATININA = SANGUE >REX (0202010317)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
UREIA => SANGUE REX (0202010694)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente

Ação

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 7038753577 JOEL JOSE DA SILVA Situação: Ativo
CPF: 148.528.268-38 NIT: 1.242.535.406-0 Ident.: 28116762X SP

OL Mantenedor: 05.0.21.050 APS : APS CRATO SIBE
OL Mant. Ant.: Banco : 000
OL Concessor : 05.0.21.050 Agencia: 614093 SAMPAIO CONSTRUÇÕES - BRADE

Nasc.: 04/11/1970 Sexo: MASCULINO Trat.: 19 Procur.: NAO RL: NAO

Esp.: 87 AMP. SOCIAL PESSOA PORTADORA DEFICIENCIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00

Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00

Forma Filiacão: DESEMPREGADO Qtd. Dep. Informada: 00

Meio Pagto: CMG - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 00/00

Situação: ATIVO Dep. valido Pensão: 00

APR. : 0,00 Compet : 00/0000 DAT : 00/00/0000 DIS: 08/10/2018

MR.BASE: 0,00 MR.PAG.: 0,00 DER : 08/10/2018 DDB: 05/12/2018

Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRAO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 00/00/0000

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

SouAL
AMPA
INSS
P
33

11
05
2017



Dr. Forcas Magde Tofas Preto

CREMEC 8828

Pl. Joel José da Silva

ATESTADO

Atesto para devidos fins que o paciente citado apresenta problemas de saúde com sequelas deprimidas motoras e cognitivas qualis de open de incapacidade respirar a 20% no acidente motociclista em maio de 2018. Entra em internação prolongada no Hospital Regional do Cariri. Impossibilitado para exercer suas funções laborais por tempo indeterminado.

(40) 506 4790 S/F 48.8 / 160.3 / 169.1

Dr. Forcas Magde Tofas Preto

Celular: (88) 99998-6500

Voltando à consulta traga esta receita.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOEL JOSE DA SILVA

Nº do documento

148528268-38

Data de Nascimento

04/11/70

Este documento é o minutiário da inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado o seu uso por terceiros, salvo nas únicas hipóteses de legitimação informada.

CPF: 148.528.268-38
NOME: JOEL JOSE DA SILVA
NASCIMENTO: 04/11/70

VALIDADE: 08/07/94

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 08/07/94



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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1225575488

JOVEMARDO DE SOUSA LEITE

DOC. IDENT. / OBR. IDENT. N. 113053686	SED	CE
CPF 346.395.783-34	DATA Nascimento 13/12/1967	
NOME FRANCISCO NUNES DE SOUZA ANTONIA LEONI LEITE SOUZA		
SEXO MASC	ESTADO CE	DATA 29/05/1997
NR. SÉRIE 00742508450	VALIDADE 31/03/2021	1ª INSCRIÇÃO 29/05/1997
EXERCÍCIO ATIV. REMunerada:		
<i>Assinatura do dono do documento</i>		
DOC. CE	DATA EMISSÃO 07/06/2016	
<i>Assinatura do dono do documento</i>		
70052230453 CE252745157		
DETRAN-CE (CEARA)		

PROVÍNCIA PLASTIFICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VAT. 01 1106271383 NÚCLEO 0000000000 EXERCÍCIO 2017

JOEL JOSE DA SILVA
SANTANA DO CARIRI /CE

CPF/CNPJ 14852826838 PLACA PNZ7350/CE
PLACAMENTO /CE CNAE 902KC2210HR010668

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

MARCA/HOMOLOGAÇÃO HONDA/CB 160 TITAN EX

CAP. P/ PTO/OL 2P/OCV/162CC CATEGORIA PARTIC

DATA INÍCIA 19/01/2018 DATA FIM 06/01/2019

DATA FABR. 2016 ANO MODELO 2017

DATA FABR. 2016 ANO MODELO 2017

PREMIO TARIÁRIO 180,65 PREMIO TOTAL 185,50 DATA DE PAGAMENTO 06/01/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE N° 013870197861 BILHETE DE SEGURO DPVAT

14852826838 PNZ7350/

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 029 1204

013870197861 6444948617

DATA EMISSÃO 2017 29/01/2017

VAT. 01 14852826838 PLACA PNZ7350/

PLACAMENTO 1106271383 HONDA/CB 160 TITAN E

ANO FAB. 2016 PLACA 902KC2210HR010668

DATA DE PAGAMENTO 06/01/2018

PREMIO TARIÁRIO 81,29 DEBITAR 9,33 CUSTO DO SEGURO 90,33

CUSTO DO SEGURO 4,15 0,70 185,50

DATA DE PAGAMENTO 08/01/2018

DATA DE PAGAMENTO 08/0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200123403 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 30/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE MANDÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações: @ (P4).

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097685/20

Vítima: JOEL JOSE DA SILVA

CPF: 148.528.268-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/03/2018

Titular do CPF: JOEL JOSE DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOEL JOSE DA SILVA : 148.528.268-38

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: 18/03/2020
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE
CPF: 346.395.783-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

EVERARDO DE SOUSA LEITE

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200123403 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 30/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE EM GRAU RESIDUAL.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4_RELATÓRIO 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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOEL JOSE DA SILVA, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO.
Profissão: funcionário, portador (a) do RG 28.116.762-X, órgão expedidor: SSP/SP
e do CPF 148528268-38, residente no (a): RUA LOUIZ LACERDA
nº 133, bairro: CENTRO, município: SANTANA DO CARIRI-CE

OUTORGADO:

PROCESSO N° 111111112 Remonante

Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro, estado civil: Casado, Profissão: Autônomo, portador do RG 1130536-86, órgão expedidor SSP/CE e do CPF 346.395.783-34, residente na Rua Mauricio Almeida nº 26, bairro: Zacarias Gonçalves, município: Crato/Ceará

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para JOEL JOSE DA SILVA perfeito cumprimento deste mandado, da vítima.

Doulaço que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

VALIDO COM SELO DE AUTENTICIDADE
CARTÓRIO 2º OFÍCIO, S. DO CARIRI-CE

2º
OFÍCIO

Local e data,

Crato 18 de Maio de 2020

Nome:

CPF:

Assinatura do outorgante



(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA O RODO

1º Nome: RAVILLA DURVAL LIMA TESTEMUNHAS
CPF: 060.075.353-62
Assinatura

2º Nome: MIRIANA MUNIZ DE AQUINO
CPF: 243.451.043-91
Assinatura

