



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02214498220238060001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	09/05/2023 12:14:02

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	---

Arquivos

Petição:	2883220_contestação - 1-11.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	PROCESSO UNIFICADO - 1-25.pdf
Documentação:	PROCESSO UNIFICADO - 26-34.pdf
Procuração/Substabelecimento:	SUBSTABELECIMENTO_SU PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200034820 Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA PEREIRA

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, em cópia simples, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
-----------------------	---

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA PEREIRA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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

Recebedor: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001035

Conta: 000000028254-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA PEREIRA

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, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO DE SOUZA PEREIRA

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001035

Conta: 000000028254-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 3200034820
Nome do(a) Examinado(a): TIAGO DE SOUZA PEREIRA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA TEODONIRO DE CASTRO, 4507, ALVARO WEYNE
CRUZEIRO DA FORTALEZA Ceará - CEP: 60310790
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / Ceará] 98001010094
Data local do acidente: [27/10/2019]
Data local do exame: [04/08/2020] FORTALEZA - Ceará

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA E FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 31/10/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: 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 MODERADA DO QUADRIL 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" | ☐ "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
Quadril - Esquerdo
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
(X) 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 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(ao) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Greive Freitas Cavalcante
CPF - 55890083368
CRM - Ceará - 9050

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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4035 CONTA: 00028254 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 (ou nascidos)? ☐ 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 obrigatório) 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: Fortaleza - CE 21.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALABELIZADO

TESTEMUNHAS





Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
AMC - AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Nº: B079558

1. DADOS GERAIS

DATA: 27/10/2019 HORA DA OCORRÊNCIA: 02:11 DIA DA SEMANA: Sunday

VIA: 1 AV. FRANCISCO SA

Nº:

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: SIMPLES
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 2
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA
CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOM ESTADO
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

VIA: 2: RUA ALVES LIMA

Nº:

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: SIMPLES
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 2
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA
CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOM ESTADO
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

2. ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO TRASEIRA ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA: NENHUM

QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutor/es Ilesos: 1 Passageiros Ilesos: 0 Pedestres Ilesos: 0
Condutor/es Feridos: 1 Passageiros Feridos: 0 Pedestres Feridos: 0
Condutor/es Mortos: 0 Passageiros Mortos: 0 Pedestres Mortos: 0

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Danificados: 2 Sem Danos: 0 Evadidos: 0

3. CONDIÇÕES DO LOCAL

TEMPO: BOM TIPO DE CRUZAMENTO: MEIO DE QUADRA
LOCAL: COMERCIAL SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA
ILUMINAÇÃO: VIA ILUMINADA CONTROLE DE TRÁFEGO: NÃO HÁ



DATA 27/12/19
CONFERE COM O
ORIGINAL
Rafael

Formulário de registro de acidente de trânsito, contendo campos para: Local do acidente, Tipo de acidente, Danos materiais, Danos pessoais, e outras informações relevantes.

4. DETALHES DOS VEÍCULOS

BO73658

VEÍCULO 1 PLACA: PMM0005

COR: PRETA MARCA/MODELO: TOYOTA/COROLLA XEIZO/FLEX
TIPO: AUTOMÓVEL AND FABRICAÇÃO: 2015
ESPÉCIE: PASSAGEIRO CATEGORIA:



MANOBRA REALIZADA:
VIRANDO À ESQUERDA



VEÍCULO 2 PLACA: 0602264

COR: ROXA MARCA/MODELO: YAMAHA/FACTOR YBR125 K
TIPO: MOTOCICLETA AND FABRICAÇÃO: 2011
ESPÉCIE: PASSAGEIRO CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
CIRCULANDO

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS // PEDESTRES // PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

CONDUTOR

DT. NASC.: 29/12/1997 SEXO: MASCULINO CPF: 045.558.183-50
IDENTIDADE: 2007010358763 SITUAÇÃO: ILESO
CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: PMM0005
Nº REGISTRO CNH: 0668716337 PRIMEIRA CNH: 22/08/2016
CATEGORIA CNH: AB VALIDADE CNH: 11/04/2021

6. ORGÃOS ACIONADOS

SAMU - M06 - ENFERMEIRA

AMC - 103 - MARTINS E DANIAS

PERÍCIA FORENSE - 7024 - LIMA JÚNIOR





Não há fotos cadastradas



8. MATRICULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

89497

Friday 27 December 2019

PÁGINA 3 DE 3

CHAVE DE AUTENTICIDADE: b1b34c0b7f0c479ce6518acb81cfd49d - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geof.fortaleza.ce.gov.br/boweb_amcchaveBOAT.xhtml



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 4.º DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020363348



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 104 - 1425 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/06/2020 13:36:43**
Data / Hora da Ocorrência: **27/10/2019 00:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AV FRANCISCO SÁ, CARLITO PAMPLONA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **HOSPITAL INFANTIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO DE SOUZA PEREIRA**
Nascimento: **17/10/1980** CPF: **916.495.603-20**
RG: **98001010094** Órgão Emissor: **SSPDC** UF:
Filiação: **FRANCISCA DE SOUZA PEREIRA**
JOSE ITAMAR PEREIRA
Endereço: **RUA MARIA JULIA, 9**
Bairro: **BARRA DO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98709-4803**

Histórico

ESTE DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, DIA E HORA ACIMA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR YBR 125K E PLACA OCQ 2264 COR ROXA ANO/MODELO 2011/2011 CHASSI 9C6KE1520B0046151 DE PROPRIEDADE DE PATRÍCIA ALVES DA PONTE LEITE QUANDO FOI TRANCADO PELO VEÍCULO TOYOTA COROLLA COR PRETA E DE PLACAS PMM 0005; QUE, ESTE DECLARANTE DEVIDO A PANCADA PERMANECERU CAÍDO AO SOLO, ATÉ A CHEGADA DO SAMU, QUANDO FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA CENTRO ONDE FOI CONSTATADA LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO; QUE, COMPARECEU NESTE DISTRITO EM VIRTUDE DE HAVER TENTADO POR VÁRIAS VEZES REGISTRAR ELETRONICAMENTE SEM ÊXITO; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 4.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : **PLP**

TIAGO RIBEIRO ALEXANDRE - MAT.: 198302-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **PLP**

VISTO DO DELEGADO(A) :

MILENA MACIEL DE MORAES - MAT.: 12689616

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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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 (ou nascidos)? ☐ 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 cancelada)
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: FOROPIA - CE 21.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO CANCELADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320003482002

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000028254

Número da Autenticação

18DF9F622B0858DC



Einzel	001	042	0095	0190	0000
--------	-----	-----	------	------	------

[illegible]

Service	Month	Leisure Expense	Self-Care Expense	Volunteer	ProGo Samaritan w/
400R	089F211246	\$10	33%	12	1

DATA	16/12/2019	16/12/2019	16/12/2019
16/12/2019	16/12/2019	16/12/2019	16/12/2019

Account	10/2013	11/2013	12/2013	Total
Office Supplies	506	526	526	1558
Postage	508	527	528	1563
Telephone	527	528	516	1571

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

RENTAS DE AGUA
ESMOTO
RENTAS DE AGUA
TARIFA DE CONTINGENCIA

17.94
25.47
6.00
11.56

1. 7. 1991. 1. 7. 1991. 1. 7. 1991.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

Parameter	Value (%)
PIS	0.79
CH-INS	3.96

VALOR DO SERVIÇO
VALOR DO SUBSÍDIO
VALOR TOTAL A PAGAR

103.00
22.99
12.97

12/2019

07/01/2020

TOTAL 4,825,000 YEN

1:357015054267136 L:0274 H:12:53:28 R:037 P:001

[illegible]

1. **Project:** [Project Name]
 2. **Client:** [Client Name]
 3. **Manager:** [Manager Name]
 4. **Team:** [Team Name]
 5. **Start Date:** [Start Date]
 6. **End Date:** [End Date]
 7. **Status:** [Status]
 8. **Priority:** [Priority]
 9. **Version:** [Version]
 10. **Revision:** [Revision]

Cagece
0800 275 0125



A obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cegace,
conforme resoluções das Agências Reguladoras e
Entidades Reguladoras de Fomento ACRIOF – Autarquia de Regulação, Fiscalização e
Monitoramento dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 289 1879. Demais
informações sobre o processo de regularização podem ser obtidas na Central de Atendimento ao
Consumidor 0800 275 5438. Ou visitando a página eletrônica www.arco.org.br.
Mais informações pelo telefone:
de 8h às 17h no dia de atendimento, de
de 8h às 12h e 13h às 17h.

Assinatura



FOOTNOTES

© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 103–110

3570150542071307-0216

00155657

931

FOOTNOTES

[illegible]

0085

01/01/20

12/2019

0000

0024

82670000000 : 82970009500 5 00155665701 1 02000122015 9



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 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 01 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 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 CENIA NUNES DE FREITAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347024482, 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

TÍAGO DE SOUZA PEREIRA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 916.495.603, 20

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima TÍAGO DE SOUZA PEREIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 916.495.603, 20, 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 08</u>	Número: <u>330</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>NOVO MARACANAÚ</u>	Cidade: <u>MARACANAÚ</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61905510</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: MARACANAÚ - CE 21.01.2020


(Assinatura do Declarante)

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

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

THAÍO de SOUZA PEREIRA

vítima de acidente de trânsito, em 24.10.2019, sofreu:

traumatismo no tornozelo esquerdo com fratura do 5to. e 3to. metatarso

e submeteu-se a tratamento(s):

Redução cirúrgica com enfiamento de parafusos e fixação com placa

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

Dois e meio dedos no pé esquerdo

no pé direito, não ocorre marcha claudicante

Perda de força do membro inferior esquerdo nos movimentos monomembros com carga de peso.

Capacidade funcional permanente para trabalho de rotina

17.07.2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411



Em caso de perúcia
(85) 99850.5855 TIM ZAP
98841.6709 OI ZAP
99919.7442 TIM


 FEDERAL AUTENTICAMENTE
 A QUALIDADE DE NAO POR
 PRODUCAO DO LANCET
 DA PELA NUNCA LANCET
 VA LANCET LANCET LANCET
 AS PELA LANCET LANCET
 LANCET

347.084.482-87 2651341/93
 375607707/87 SSP-CE

104 00060 16 02 1993

Celia Nunes de Freitas

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
 CEFEN - CE

007271 AE

CELIA NUNES DE FREITAS
 JOSE MARTINS NUNES
 MARIA FELIX DE PAIVA NUNES

FONTE BOA-AM 31 DE 2005
 BRASILEIRA 16 11 1969

Fortaleza 37 DE 2004 *Antonio Gomes*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAM - CE Nº 014057939756
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CID 01 387677270 0000000000 2018

PA TRICIA ALVES DA PONTE LEITE
PORTALEZA/CE

03971257359 0002264

906KE1520B0046151

YAMAHA/FACTOR YBR125 K 2011 2011

2P/BCV/124CC PARTIG ROXA

1º 2º 3º
P 2 2 2
V 2 2 2
A 2 2 2

00/00/0000

PORTALEZA 04/07/2018

SEGURO ORIGINAL DE DANOS RESGATE CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VESTIBULADO GUARDA-CARCA APRESSOAS TRANSFUNDIDAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014057939756 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

03971257359 0002264

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

www.seguradorafidat.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014057539756 76365706784

04/07/2018

03971257359 0002264

387677270 YAMAHA/FACTOR YBR125 K 2011 09 906KE1520B0046151

PRÊMIO TAFIFÁRIO

00/00/0000

00/00/0000

DPVAT 04/07/2018

04/07/2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029569/20

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF: 916.495.603-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CELIA NUNES DE FREITAS : 347.084.482-87

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

TIAGO DE SOUZA PEREIRA : 916.495.603-20

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: 21/01/2020
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

CELIA NUNES DE FREITAS

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029569/20

Número do Sinistro: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF: 916.495.603-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 19/06/2020
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

CELIA NUNES DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

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: 3200034820 Data da solicitação: 17.07.2020
Nome do beneficiário: TIAGO DE SOUZA PEREIRA CPF do beneficiário: 91649560320
Nome do solicitante: TIAGO DE SOUZA PEREIRA CPF do solicitante: 91649560320

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98841-6709 Tel. Comercial: (85) 98709-4803 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

SOLICITO REANÁLISE DO MEU PROCESSO, POIS DISCORDO DO VALOR PAGO POIS, NA OCASIÃO DO ACIDENTE, SOFRI TRAUMA NO QUADRIL ESQUERDO, LUXAÇÃO LOXO-FEMURAL, FOI REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA, JÁ REALIZEI MAIS DE 60 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ATÉ HOJE ME ENCONTRO COM DIFICULDADE DE ANDAR, PERDI A FORÇA DA PERNA ESQUERDA, NÃO ME AGACHO, NÃO CONSIGO LEBGAR PESO E ANDO CLAUDICANDO, SOLICITO PERÍCIA MÉDICA PARA CONSOLIDAR OS FATOS E PATER PAGAMENTO DEVIDO. POIS NA QUALIDADE DE SEGURADO TENHO DIREITO.

FOROEXA-UE 17.07.2020
Local e Data
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).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029569/20

Número do Sinistro: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF: 916.495.603-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 20/07/2020
Nome: TIAGO DE SOUZA PEREIRA
CPF: 916.495.603-20

TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034820

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Data do acidente: 27/10/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/08/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034820

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Data do acidente: 27/10/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM REDUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/08/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034820 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: OBS: PAG. 5.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034820 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM 25% DO QUADRIL ESQUERDO, E EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
@ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034820 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM REDUÇÃO INCRUENTA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: OBS: PAG. 5.

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: TIAGO DE SOUZA PEREIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO profissão AN. SERVIÇOS GERAIS residente e domiciliado à Rua TEODOMIRO DE CASTRO nº 4507, bairro ALVARO WEYNE, Município de FORTALEZA, Estado de(o) CEARA, Cep 60.336-010, portador(a) do Rg nº 98001010094, SSP/CE e CPF nº 916.995.603-20.

Outorgado: CELIA NUNES DE FREITAS, brasileiro (a), estado civil: DIVORCIADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado (a) à Rua 08, nº 550, bairro NOVO MARACANAÚ Município de MARACANAÚ, Estado de (o) CEARÁ. CEP: 60.905-510 portador (a) do RG nº265174193 SSP/CEARÁ e CPF nº 347.084.482-87

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), 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) ITAGO DE SOUZA FERREIRA, ocorrido em 26/10/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), 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 mandado.

Fortaleza - CE de Janeiro de 2020

**MOOREIRA
DE DEUS**

Outorgante
CPF Nº 916.495.603-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029569/20

Número do Sinistro: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF: 916.495.603-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 20/07/2020
Nome: TIAGO DE SOUZA PEREIRA
CPF: 916.495.603-20

TIAGO DE SOUZA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029569/20

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF: 916.495.603-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CELIA NUNES DE FREITAS : 347.084.482-87

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

TIAGO DE SOUZA PEREIRA : 916.495.603-20

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: 21/01/2020
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

CELIA NUNES DE FREITAS

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029569/20

Número do Sinistro: 3200034820

Vítima: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

CPF: 916.495.603-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DE SOUZA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 19/06/2020
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

CELIA NUNES DE FREITAS

ANDERSON DE SOUZA LEITE