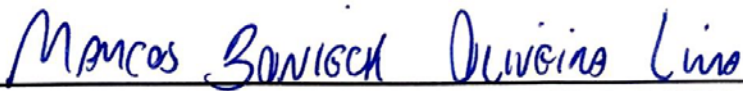


SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, SEM RESERVAS, na pessoa do Dr. **RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.725, os poderes que me foram outorgados por procuração pelo autor deste processo. Toda e qualquer intimação ou publicação referente a este processo deverá ser realizada exclusivamente na pessoa do advogado RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES – OAB/CE 21.725, com endereço para intimações localizado na Rua Osvaldo Cruz, 01, SL 1910/1911, Meireles, Fortaleza/CE, CEP 60.125-150, sob pena de nulidade.

Fortaleza, 18 de Abril de 2017.


MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA
OAB/CE 34.411

A

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: <u>Antonio Rafael Ferreira Chaves</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2003014105735</u>	
CPF nº: <u>038727.803-60</u>	Residência: <u>Rua Padre Valentin</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Catarina</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>63.595-000</u>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do RG nº 2024114 SSP/PI e CPF nº 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237, **DR. FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, e o **DR. MARCOS BONIECK OLIVEIRA LIMA**, brasileiro, casado, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 2000028071035 SSP/CE e CPF de nº 007.074.923-00, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, nº 1740 sala 812 Aldeota - Fortaleza/CE - CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, receber e dar quitação, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Catarina-CE, 26/09/2014

+ Antonio Rafael Ferreira Chaves

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

Nome: <u>Antonio Rafael Ferreira Chaves</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2003014105735</u>	
CPF nº: <u>038.727.803-60</u>	Residência: <u>Rua Padre Valentin</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Catarina</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>63.595-000</u>

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Catarina (CE), 26 de Setembro de 2014

+ Antonio Rafael Ferreira Chaves

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Rafael Ferreira ChavesRG nº 2003014105735 data de expedição 04/09/03, Órgão SSP/CE

CPF nº 038.727.803-60 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Padre Valentin</u>
Número	<u>95</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Catarina</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.595-000</u>
Telefone de Contato	<u>3515-1630 ou (88) 99050065</u>
E-mail	<u>secretaria.mbr.requeses@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catarina-CE 29-09-2014

Assinatura do Declarante: Antonio Rafael Ferreira Chaves

coelce
 Companhia Cearense de Saneamento S/A - CEFAP 01/13 045 Fortaleza CE
 CEP 61.061-100 - Fone: (85) 3101.1000 - Fax: (85) 3101.1001
 e-mail: atendimento@coelce.com.br - site: www.coelce.com.br

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) SÉRIE B-43 N° 291002335
 Data de vencimento: 08/02/2013

Rota: 07 12190 04 065000 - 3
 Nome: FRANCISCA CHAVES BARBOSA
 End. Postal: RUA PE VALENTIN 00095
 - CATARINA - 63595000
 Medidor: 1403998
 Poste: 0000 0000
 Fator de redução: 0,00
 REG / CPF / CNPJ: 400501223-04
 Nome do Responsável: CGF

DATAS
 Mês de Referência: Fev/2013
 Data de Apresentação: 08/02/2013
 Prazo para Pagamento: 11/03/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE
 Conjunto: 4001465
 Mês: Dez 2012
 Poder de Compra: 0,0000
 DÍC: 6,15
 FIC: 3,73
 DNIC: 1,63

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 Base de Cálculo (R\$): 10,00
 Aliquota: 0,00
 Valor do Imposto: 0,00

ENCARGOS SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Item	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0627	0525	1,00	100	3,00	0,11600	1,10
					0,11600	1,10
					0,29831	2,98

VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL 33,80
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -15,81
MULTA MORATORIA REF 01/2013 0,45
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,69

VENCIMENTO 20/02/2013
TOTAL A PAGAR (R\$) 19,13

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01	86	1,02
02	102	1,09
03	100	1,00
04	92	0,89
05	87	0,79
06	79	0,85
07	79	0,79
08	78	0,87
09	72	0,72

DEBITOS ANTERIORES
 Mes/Ano: 01/2013
 Valor R\$: 23,00

CONTAS EM ATRASO
 REMISSO DE VENCIMENTO:
 Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 23,00. Conforme art. 172 de Res. Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio desta comunicação. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

Consta desta fatura R\$ 1,47 referente a PIS e COFINS.
 (Anexo 3 Res. 1007/2009 - ANEEL e Anexo 4, 14.437/02 e 14.623/03)

A partir de 2014 visamos o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implica cobrança adicional. A bandeira amarela é normal, quando acionadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Fev/2013 visamos a bandeira VERMELHA, a qual implicaria R\$ 8,000/kWh de acréscimo no valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.coelce.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL SOUTO ATAIDE GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/05/2017 às 13:43, sob o número 01316451620178060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0131645-16.2017.8.06.0001 e código 2B19C4C.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

fls. 19

RECDA

Eu, Antonio Rafael Ferreira Chaves, portador da carteira de identidade nº 2003014105735 e inscrito no CPF/ME sob o nº 038.727.803-66, residente e domiciliado na Rua Padre Valentin, Cidade Catarina, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Rafael Ferreira Chaves

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Catarina - 29-09-2014

Local e data

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Antonio Rafael Ferreira Chaves</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2003014105735</u>	
CPF nº: <u>038.727.803-60</u>	Residência: <u>Rua Padre Valentin</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Catarina</u>	Estado: <u>Pernambuco</u>	CEP: <u>63.495-000</u>

declaro que resido no endereço acima citado e que os dados pessoais e demais documentos e informações fornecidos para o processo de Invalidez na via administrativa bem como para propositura de Ação Judicial em desfavor da Seguradora Líder ou qualquer outra Seguradora que faça parte do convênio DPVAT é de minha total responsabilidade.

Catarina (CE), 26 de Setembro de 2014

Antonio Rafael Ferreira Chaves

☒ GERAR GUIA POSTAL☐ DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA☒ FECHAR

Vítima/beneficiário no acompanhamento do processo, poderá ver a documentação necessário ou imprimir habilitação de postagem.

Processo

Código interno:

662065

Megadata:

3160/257290

Situação:

Processo c/ pendência documental

Tipo de processo:

INVALIDEZ

Veículo envolvido:

Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo

Situação familiar:

Data do sinistro:

21/09/2014

Nome da vítima:

ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES

CPF:

038.727.803-60

Data de nascimento:

23/01/1986

Endereço:

RUA PE VALENTIN

Número:

95

UF:

CE

Cidade:

CATARINA

Telefone:

(00)0000-0000

Celular:

Email:

dpvat.barra@gmail.com

ATENÇÃO!

Para o acidente pesquisado, ocorrido em 21/09/2014, o prazo para pedir indenização do Seguro DPVAT é de 3 anos, ou seja, até 21/09/2017.

Divisão de Indenização

- A indenização será paga à vítima

Beneficiários

Nome

ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES

Data	Situação	Observações
13/05/2016	Processo Regulado - Aguardando Liquidação (Seg. Líder)	Enviado para o convênio, guia remessa 012586/2016
13/05/2016	Processo c/ pendência documental	Seguradora Líder: Faltam documentos que caracterizem a invalidez permanente; - Falta DUT pago referente ao exercício de 2014.

Restrições

Descrição	Situação
VÍTIMA NÃO COMPARECEU A PERICIA. DEVERA APRESENTAR CARTA SOLICITANDO NOVA PERICIA E O MOTIVO DO NÃO COMPARECIMENTO, COMPROVANTE DE RESIDENCIA ATUALIZADO, INCLUSIVE TELEFONES PARA CONTATO.	Resolvido
PROCESSO COM PENDÊNCIA	Pendente

Documentação necessária

Veja abaixo os documentos necessários que irão compor o processo. Note que algumas cópias exigem autenticação, a maioria são cópias simples. Há também avisos, declarações e autorizações que deverão ser preenchidos no próprio site, impressos e assinados pelos responsáveis. Uma vez obtidos todos os documentos, é só emitir a Guia Postal e postar no Correio. O envelope e a remessa via Sedex são gratuitos.

Invalidez

Da Vítima e do Acidente

Informamos abaixo os documentos normalmente requeridos para a análise do pedido de indenização. Em casos especiais, a seguradora poderá solicitar algum documento ou informação complementar. Se isso acontecer, lembre-se: o objetivo da solicitação é garantir o pagamento correto, em favor do legítimo beneficiário. Portanto, colabore.

- Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada)

Na eventualidade do registro do acidente ter sido feito por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documentação de documentos adicionais, contemporâneos ao acidente, que demonstre a existência do acidente, as circunstâncias e a participação do interessado, tais como:

Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, ou

Atendimento pela Polícia Militar, ou

Atendimento pela Polícia Civil, ou

Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou

Atendimento e/ou remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares, ou

Remoção pelo SAMU, ou

Remoção pela Defesa Civil, ou Inquérito Policial, ou

Aviso de sinistro em seguradora do ramo auto, ou

Outro documento que evidencie que o acidente relatado no B.O. por ato declaratório de fato ocorreu na data/local informado.

Atenção: Os documentos acima, inclusive os emitidos pela rede de atendimento médico-hospitalar, deverão ser produzidos imediatamente após o acidente e permitir a comprovação do nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões.

- Declaração do proprietário do veículo - Clique aqui (<http://www.centauroseg.com.br/centauro/centauro/dpvat/formularios/declaracaoDoProprietarioDoVeiculo.pdf>) para obter o formulário online.

Históricos

Data	Situação	Observações
17/10/2014	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Líder (ASL)	
21/10/2014	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
23/10/2014	Proc. enviado para análise da Seg. Líder	Enviado para o convênio, guia remessa 041344/2014
24/11/2014	Documentação complementar aguardando liquidação do processo	
20/02/2015	Proc.Reaberto (analisado e aprovado)	
20/02/2015	Processo Reaberto - enviado para Seg. Líder (Aguardar Posição)	Enviado para o convênio, guia remessa 006224/2015
25/03/2015	Processo c/ pendência documental	SIS: vítima não compareceu à perícia médica.
17/08/2015	Processo Pendente (restr. regularizadas)	
02/09/2015	Processo Reaberto - Aguardando Liquidação (Seg. Líder)	Retorno para o convênio, guia remessa 029887/2015
02/09/2015	Processo c/ pendência documental	Vítima encontra-se residindo no Estado de MG,
06/10/2015	Processo c/ pendência documental	Fica pendente: Comprovante de residência atualizado, tendo em vista que o apresentado é de novembro de 2014. Foram recepcionados comprovante de residência e declaração de residência.
08/01/2016	Processo c/ pendência documental	Fica pendente: Comprovante de residência atualizado, tendo em vista que o apresentado é de novembro de 2014. Foram recepcionados comprovante de residência e declaração de residência.
07/03/2016	Processo Aguardando Liquidação	
25/04/2016	Documentação complementar recebida	
25/04/2016	Documentação Enviada para Digitalização	
25/04/2016	Documentação em trânsito para Seg Líder	Enviado para o convênio, guia remessa 009503/2016
13/05/2016	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Líder (ASL)	



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CATARINA
Rua Acopiara, s/n - Fone: (88) 3556-1112
CEP 63.595-000 - Catarina - CE

BOLETIM DE PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

NOME DO PACIENTE: <i>Antonio Rafael Ferreira Chaves</i>		IDADE: <i>28</i>	SEXO: <i>m</i>
ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>R. Padre Valentin, nº 87</i>		TELEFONE:	
NATURALIDADE: <i>Arenópolis</i>	PROCEDÊNCIA: <i>Local</i>	DOC. IDENTIFICAÇÃO: <i>2003014105735</i>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <i>Maria Luciana Aires Mendonça Ferreira</i>		PARENTESCO: <i>Esposa</i>	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <i>O mesmo</i>		TELEFONE:	

ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: <i>paciente vítima de queda de moto, queixando-se de dor e sangramento em todo abdômen, friminto no abdômen. Perda da consciência.</i>			
EXAME FÍSICO: <i>ECG = 15</i>			
<i>Frimintos corciantes no todo abdômen; friminto corciantes em mda; auscultações no dorso e membros</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:		RESULTADOS:	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: <i>Politrauma superficial</i>			
ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: <i>Maria Luciana A. M. Ferreira</i>	DATA: <i>21.09.14</i>	HORA:	ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO: <i>Dr. Agapito Feitosa</i> MÉDICO CREMÉC - 15.321

DESTINO APÓS 4 A 24 HORAS

☐ ALTA HOSPITALAR ☐ ENCAMINHAMENTO INTERNAMENTO ☐ TRANSFERIDO ☐ ÓBITO

DATA:	ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE:	ASSINATURA DO DIRETOR DA UNIDADE:
-------	----------------------------------	-----------------------------------

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003014105735 DATA DE EXPEDIÇÃO 4/9/2003

NOME ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES

FILIAÇÃO ANTONIO EDINARDO FERREIRA CHAVES
S E ANTONIA JACINTA FERREIRA CHAVES

NATURALIDADE ARNEIROZ-CE DATA DE NASCIMENTO 23/1/1986

CERT. NASC. 3761 L A.05 F

123 ARNEIROZ-CE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

038.727.803-60

Nome

ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES

Nascimento

23/01/1986



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3242 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 25/09/2014 15:27:15
Data / Hora da Ocorrência : 21/09/2014 06:30:00
Endereço da Ocorrência:

NAO INFORMADO CATARINA /CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DE CATARINA

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA
PLACA: OCO0937 MUNICÍPIO / UF: CATARINA / CE
MODELO/FABRICAÇÃO: 2010/2010 COR: PRETA
RENAVAM: 370130200 CHASSI: 9C2KC1610AR062605
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES
ENVOLVIMENTO: COLISAO

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, que ao passar por uma curva sinuosa, perdeu o controle da moto, caindo ao chão, sofrendo ferimentos na região da cabeça, levando sete pontos de sutura e escoriações pelo corpo todo, tendo sido socorrido por populares para o Hospital da cidade de Catarina/CE. Acrescenta que naquela cidade não existe IML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de RICARDO ALVINO DE SOUZA e COSME ARAUJO DA SILVA. E nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES
Endereço : R PE VALENTIN 87
Bairro :
Município/UF : CATARINA CE BRASIL Telefone: 88-96153456

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : ALL
SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Antonio Rafael Ferreira Chaves

VISTO DO DELEGADO(A) : GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

cos mi An... da Silva
DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RICARDO ALVINO DE SOUZA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CATARINA
Rua Acopiara, s/n - Fone: (88) 3556-1112
CEP 63.595-000 - Catarina -CE

BOLETIM DE PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

NOME DO PACIENTE: <i>Antonio Rafael Ferreira Chaves</i>		IDADE: <i>28</i>	SEXO: <i>nm</i>
ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>R= Padre Viacintim nº 87</i>		TELEFONE:	
NATURALIDADE: <i>Aruinaz</i>	PROCEDÊNCIA: <i>local</i>	DOC. IDENTIFICAÇÃO: <i>2003014105435</i>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <i>ma Luciana Aires mardones Ferreira</i>		PARENTESCO: <i>Esposa</i>	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <i>O mesmo</i>		TELEFONE:	

ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

paciente vítima de queda de moto, queixando-se de dor e embaraço em todo o corpo, friminto no abdômen. Perde de consciência.

EXAME FÍSICO:

ECG = 15

ferimentos contusos em todo o corpo; ferimento contuso em mda; escoriações no dorso e membros

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

RESULTADOS:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Polytrauma superficial

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:

DATA:

HORA:

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Agapito Feitosa
MÉDICO
CREMIO - 15.321

DESTINO APÓS 4 A 24 HORAS

☐ ALTA HOSPITALAR ☐ ENCAMINHAMENTO INTERNAMENTO ☐ TRANSFERIDO ☐ ÓBITO

DATA:

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE:

ASSINATURA DO DIRETOR DA UNIDADE:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 3242 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2014 15:27:15**
Data / Hora da Ocorrência : **21/09/2014 06:30:00**
Endereço da Ocorrência:

NAO INFORMADO CATARINA /CE

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DE CATARINA**

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: **MOTOCICLETA MARCA: HONDA**
PLACA: **OCO0937** MUNICÍPIO / UF: **CATARINA / CE**
MODELO/FABRICAÇÃO: **2010/2010** COR: **PRETA**
RENAVAM: **370130200** CHASSI: **9C2KC1610AR062605**
SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES**
ENVOLVIMENTO: **COLISAO**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local acima citados, quando pilotava a motocicleta acima caracterizada, que ao passar por uma curva sinuosa, perdeu o controle da moto, caindo ao chão, sofrendo ferimentos na região da cabeça, levando sete pontos de sutura e escoriações pelo corpo todo, tendo sido socorrido por populares para o Hospital da cidade de Catarina/CE. Acrescenta que naquela cidade não existe IML e que tomaram conhecimento do acidente as pessoas de RICARDO ALVINO DE SOUZA e COSME ARAUJO DA SILVA. E nada mais disse.

Noticiante(s)

Nome : **ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES**
Endereço : **R PE VALENTIN 87**
Bairro :
Município/UF : **CATARINA CE BRASIL** Telefone: **88-96153456**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Samuel Rodrigues Camurça
SAMUEL RODRIGUES CAMURÇA - MAT.: 300081-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Antonio Rafael Ferreira Chaves

VISTO DO DELEGADO(A) : Gregorio Jose de Oliveira Neto
GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 25/09/2014 03:32

Cosme Araujo da Silva
Ricardo Alvino de Souza

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

CE Nº 011200384630 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

UF	MA	CE / CNPJ	DATA EMISSÃO
0367/2780360	2013	05/09/2013	PÁGUA OC009527
IDB3/0130200	HONDA / MOTOCICLETA	MARCA / MODELO	1116N MIX K
2010	PLACA	Nº CHASSI	9CZKL1610AH052605
PRÊMIO TARIFARIO			
Deg (R\$)	SEPARATION (R\$)	CUSTO DO ACIDENTE (R\$)	TOTAL DO PRÊMIO (R\$)
129,04	14,34	145,38	288,76
CRÉDITO DO BILHETE (R\$)	1,11	DEGRADAMENTO DO VALOR DO PRÊMIO (R\$)	287,65
Km	PRELIMINAR	PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
COTA INICIAL			10/05/2013

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.291.698/0001-04
www.seguradoralider.com.br



Eu, Antonio Rafael Ferreira Chaves, portador do RG 2003024205735 e CPF 038.727.803-60 venho pedir para remarcar a minha pericia para este novo endereço, pois atualmente estou residindo na rua Nelson Lopes correa nº 53, bairro: Barreira na cidade de juiz de Fora - MG grato.

Antonio Rafael Ferreira Chaves

na maioria dos casos de violência
- 8 - CPF. 063.404.933-00, Usurpador foras controle

69

Eu. Antonio Rafael Ferreira Chaves, portador do RG 200305735 e CPF 038.727.803.60. Venho solicitar para remarcar a minha pericia para este novo endereço, pois atualmente estou residindo RUA Antonio Domingues nº 41, Centro na cidade Latarina - CE.

x Antonio Rafael Ferreira Chaves

Latarina 08 de Abril de 2016

65

Rua Padre Vilhote, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CEF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B 4 1 N **419306638**

Rota: 07 12190 04 095000 - 7 Data de Emissão: 11/07/2016

Nome: CÍCERA GARDENIA CANDIDO EVANGELISTA

End. Postal: RU ANTONIO DOMINGUES 00041
CENTRO - CATARINA - 63595000

Medidor: 10637593

Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Poste: 0000 0000

RG / CPF / CNPJ: 021199173-39 Fator de Potência: 0,00

Nome do Responsável: CGF

DATAS

Período	Data de Emissão	Data de Vencimento
Fev/2016	11/07/2016	18/03/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DE O FORNECIMENTO

Veja a legenda no site da conta.

Conjunta: 100% (100%)

Mês: 100% (100%)

DICRI: 0,00

DISO: 65,00

RENTES

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto
147,49	21,00%	30,97

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2076.0000 2002.5504 1752.0754 440.4214

INFORMAIS DES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letr. 01	Letr. 02	Letr. 03	Consumo (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
31,46	31,25	1,00	220	0,00	220	0,65	147,49

11/02/16 11/01/16 31 DIAS 220

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR
VALOR CONSUMO DO MES	147,49
MULTA MORATORIA REF 01/2016	4,56
CORRECAO MONETARIA DO MES	3,74
JUROS DO MES	4,77
TAXA DE RELIGACAO	6,49
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 12,79)	

VENCIMENTO 18/02/2016 **TOTAL R\$** 167,05

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
306	220	333	337	353	307	318	285	284	305	305	319

RESUMO CONSUMO E IMPOSTOS (R\$/kWh)

Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Imposto (R\$)	Total (R\$)
95,08	0,00	0,00	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

Estados e municípios do Brasil possuem diferentes tarifas e por isso temos novos números para contato por região. Para consultar os números acesse nosso site - www.coelce.com.br



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Rafael Ferreira ChavesPORTADOR(A) DO RG Nº 3003014305735EXPEDIDO POR SSDICEEM 04/09/2014CPF 038727803-66 / CNPI _____ PROFISSÃO AgricultorE RENDA MENSAL DE R\$ 124,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Rafael Ferreira Chaves, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 237 AGÊNCIA 2868-1 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0000612☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Catarina - PEDATA 29/09/2014ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Antonio Rafael Ferreira Chaves

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **038.727.803-60**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO RAFAEL FERREIRA CHAVES**

Data de Nascimento: **23/01/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/11/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:18:08** do dia **31/01/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **595A.8A22.68F3.2CA0**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

- Home
- A Companhia
- Quem Somos
- Menu de navegação

A Companhia > Seguradoras Consorciadas

Seguradoras Consorciadas

ACE	ACE SEGURADORA S/A
AIG	AIG SEGUROS BRASIL S/A
ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA	ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
ALFA SEGURADORA	ALFA SEGURADORA S/A
ALIANÇA DO BRASIL	ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A
AMERICAN LIFE	AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS
ANGELUS SEGUROS	ANGELUS SEGUROS S/A
ARGO	ARGO SEGUROS BRASIL S/A
	ARUANA SEGUROS S/A
ATLANTICA	ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS
AUSTRAL	AUSTRAL SEGURADORA S/A
AZUL	AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
BANESTES	BANESTES SEGUROS S/A
BRADESCO AUTO/RE	BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS
BRASIL VEÍCULOS	BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS
BTG PACTUAL SEGURADORA	BTG PACTUAL SEGURADORA S/A
CAIXA SEGUROS	CAIXA SEGURADORA S/A
CAPEMISA	CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CARDIF DO BRASIL SEGUROS	CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A
CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA	CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA	CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CESCEBRASIL	CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A
CHUBB DO BRASIL	CHUBB DO BRASIL CIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA	CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA
ALIANÇA DO BRASIL	CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL
PREVIDÊNCIA DO SUL	CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL
EXCELSIOR SEGUROS	CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
CIGNA	RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
COMPREV	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
CONFIANÇA	CONFIANÇA COMPANHIA DE SEGUROS
DAYPREV	DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
ESSOR SEGUROS	ESSOR SEGUROS S/A
FAIRFAX	FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A
FATOR	FATOR SEGURADORA S/A
GENERALI BRASIL	GENERALI BRASIL SEGUROS S/A
GENTE	GENTE SEGURADORA S/A
ICATU SEGUROS	ICATU SEGUROS S/A
INVESTPREV SEGURADORA	INVESTPREV SEGURADORA S/A
INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA	INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
ITAÚ BMG SEGURADORA	ITAÚ BMG SEGURADORA S/A
ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA	ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A
ITAÚ VIDA E PREVIDÊNCIA	ITAÚ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
J. MALUCELLI	J. MALUCELLI SEGURADORA S/A
J. MALUCELLI	J. MALUCELLI SEGUROS S/A
MAPFRE PREVIDÊNCIA	MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A
MAPFRE SEGUROS GERAIS	MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
MAPFRE VIDA E PREVIDÊNCIA	MAPFRE VIDA S/A
MBM	MBM SEGURADORA S/A
MITSUI SUMITOMO	MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A
MONGERAL AEGON	MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
NOBRE SEGURADORA	NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A
PAN SEGUROS S/A	PAN SEGUROS S/A
PORTO SEGURO	PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS
PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA	PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
PQ	PQ SEGUROS S/A

Destaques

Seguro DPVAT está entre principais fontes de custeio do SUS

Seguradora Líder-DPVAT recebe o Prêmio Sabre Awards Latin American na categoria Public Education

ONSV disponibiliza vídeos com debates do Seminário Urbanidade, com ações por uma mobilidade mais segura para o Brasil

Redes sociais



PREVIMAX	PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A
QBE	QBE BRASIL SEGUROS S/A
ROYAL & SUNALLIANCE SEGUROS	ROYAL & SUNALLIANCE SEGUROS (BRASIL) S/A
SABEMI	SABEMI SEGURADORA S/A
SAFRA SEGUROS GERAIS	SAFRA SEGUROS GERAIS S/A
SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA	SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
SANCOR SEGUROS INTERNACIONAL	SANCOR SEGUROS DO BRASIL S.A.
SEGURADORA LÍDER-DPVAT	SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
SINAF	SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
SUHAI SEGUROS	SUHAI SEGUROS S/A
SUL AMÉRICA	SUL AMÉRICA CIA DE SEGUROS GERAIS
SWISS RE CORPORATE	SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A
TOKIO MARINE SEGURADORA	TOKIO MARINE SEGURADORA S/A
UNIÃO SEGURADORA	UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA
USEBENS	USEBENS SEGUROS S/A
VANGUARDA	VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS
XL SEGUROS	XL SEGUROS BRASIL S/A
YASUDA MARÍTIMA	YASUDA MARÍTIMA SEGUROS S/A
ZURICH MINAS	ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S/A
ZURICH BRASIL	ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
ZURICH VIDA	ZURICH VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

As seguradoras com o texto na cor azul possuem links para seus sites

DPVAT – Indenizações para vítimas

Dano	Percentual	Valor
PERDA TOTAL		
Perda total da visão de ambos os olhos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os braços	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as pernas	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as mãos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de um braço e uma perna	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os pés	100%	R\$ 13.500,00
Alienação mental total incurável	100%	R\$ 13.500,00

Dano	Percentual	Valor
PERDA PARCIAL - PARTE SUPERIOR		
Perda total da visão de um olho	30%	R\$ 4.050,00
Quando não tiver a outra visão	70%	R\$ 9.450,00
Mudez Incurável	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos cotovelos	25%	R\$ 3.375,00
Anquilose total de um dos punhos	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total incurável de um ouvido	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total de ambos os ouvidos	40%	R\$ 5.400,00
Anquilose total de um dos ombros	25%	R\$ 3.375,00
Fratura não consolidada de um dos braços	30%	R\$ 4.050,00
Perda total de um dos braços	70%	R\$ 9.450,00
Anquilose total de um quadril	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de uma das mãos	60%	R\$ 8.100,00
Perda do dedo mínimo	12%	R\$ 1.620,00
Perda do dedo anular	09%	R\$ 1.215,00
Perda do dedo médio	12%	R\$ 1.620,00
Perda do indicador	15%	R\$ 2.025,00
Polegar	18%	R\$ 2.430,00
Metacarpiano	25%	R\$ 3.375,00

Dano	Percentual	Valor
PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR		
Fratura não consolidada do fêmur	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada de uma perna	25%	R\$ 3.375,00
Perda total do uso de uma perna	70%	R\$ 9.450,00
Fratura não consolidada da rótula	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um joelho	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos tornozelos	20%	R\$ 2.700,00
Fratura não consolidada de um pé	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de um dos pés	50%	R\$ 6.750,00
Perda parcial de um pé	25%	R\$ 3.375,00
Amputação do primeiro dedo do pé	10%	R\$ 1.350,00
Amputação de qualquer outro dedo do pé	03%	R\$ 405,00
Encurtamento de uma perna de 5 cm ou mais	15%	R\$ 2.025,00
Encurtamento de uma perna de 4 cm	10%	R\$ 1.350,00
Encurtamento de uma perna de 3 cm	06%	R\$ 810,00
Menos que 3 centímetros não tem indenização		

Fonte: <http://www.dpvatbrasil.com.br/dpvatIndenizacao.asp>