



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: CASADO	Profissão: AGRICULTOR	
RG (Registro de Identidade) 2007699747-7 SSPDS/CE		CPF: 574.937.743-15	
Endereço: RUA DEOCLECIO RAMALHO		Número: 00010	
Bairro: ALTO DO MOTOR		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrita na OAB/CE 24.353, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado de Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e *os especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

BOA VIAGEM/CE, 25 de maio de 2019

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ
OUTORGANTE

Este documento é cópia do original assinado digitalmente por VINÍCIUS PINHEIRO MELO, OAB/CE 24.353, em 25/05/2019 às 07:15, sob o número 0137100198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0137100-88.2019.8.06.0001 e código 49A0997.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE:

Nome: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: CASADO	Profissão: AGRICULTOR	
RG (Registro de Identidade) 2007699747-7 SSPDS/CE		CPF: 574.937.743-15	
Endereço: RUA DEOCLECIO RAMALHO		Número: 00010	
Bairro: ALTO DO MOTOR		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei nº 7.115/83.

BOA VIAGEM/CE, 25 de maio de 2019

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007699747 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/09/2010

NOME DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

FILIAÇÃO FRANCISCO PEREIRA DA CRUZ MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1965

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:2.734 FOLHA:243 LIVRO:8-6 BOA VIAGEM - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 103

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
 Receita Federal
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
 574.937.743-15

Nome
 DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Nascimento
 05/01/1965

TELEFONE DE CONTATO

(88) 98874-8777 (88) 99832 -1316

(88) 99354-6600 (88) 3427 1005

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/05/2019 às 07:15, sob o número 01371008820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0137100-88.2019.8.06.0001 e código 49A0999.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ		Contato(s) Telefônico:	
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: CASADO	Profissão: AGRICULTOR	
RG (Registro de Identidade) 2007699747-7 SSPDS/CE		CPF: 574.937.743-15	
Endereço: RUA DEOCLECIO RAMALHO		Número: 00010	
Bairro: ALTO DO MOTOR		Complemento:	
CEP: 63.870-000	Cidade: BOA VIAGEM	Estado: CEARÁ	

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

BOA VIAGEM/CE, 25 de maio de 2019.

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

DECLARANTE

DECLARAÇÃO E AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ, portador da carteira de identidade nº 2007699747-7 SSPDS/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 574.937.743-15, residente e domiciliado na RUA DEOCLÉCIO RAMALHO Nº. 00010 – ALTO DO MOTOR, Cidade BOA VIAGEM, Estado CEARÁ, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência ; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia 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 da 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.

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Assinatura do Declarante
Conforme documento de identificação

BOA VIAGEM /CE, 03 DE JULHO 2017.

LOCAL E DATA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 2024 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÁNSITO**
Data / Hora da Comunicação: 10/09/2014 10:54:48
Data / Hora da Ocorrência : 07/08/2014 18:00:48
Endereço da Ocorrência: **DEOCLÉCIO RAMALHO**

ALTO DO MOTOR BOA VIAGEM /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ**
Nascimento : 05/01/1965
RG: 20076997477 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 57493774315
Filiação: **FRANCISCO PEREIRA DA CRUZ**
MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO
Endereço: **R DEOCLÉCIO RAMALHO 10**
ALTO DO MOTOR
BOA VIAGEM CE BRASIL Telefone:

Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA ACIMA QUALIFICADA PARA INFORMAR QUE NO DIA 06/08/2014 POR VOLTA DAS 18H, SEGUIA COMO PASSAGEIRO DE UMA MOTOCICLETA HONDA/CB 300R, COR VERMELHA, PLACA NUZ-9263, ANO/MODELO 2010, CHASSI 9C2NC4310AR079562, LICENCIADA EM NOME DE VALERIO AURELIANO DA CRUZ E CONDUZIDA POR TACIANO AURELIANO DA CRUZ; QUE NO LOCAL ACIMA CITADO O DECLARANTE CAIU QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE AO EFETUAR UMA MANOBRA NA CURVA; QUE O CONDUTOR SOFREU ESCORIAÇÕES LEVES E O DECLARANTE SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UM TRAUMA NA PERNA DIREITA, NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : ROMULO PEREIRA VIANA - MAT.: 300077-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

VISTO DO DELEGADO(A) : MANUEL INÁCIO TORRES NETO - MAT.: 1988T1-1-3

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **010822375831**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

CRDD VIA RENAVAM ANO AB. ANO MOD.
01 212588109 0000000000 2010

VALERIO AURELIANO DA CRUZ

BOA VIAGEM/CE

05035455386 PLACA **NUZ9263**

*****/CE SE2NC4310AR079562

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

CE Nº **010822375831** BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
05035455386 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O NÚMERO **NUZ9263**
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

2014 EXERCÍCIO 24/06/2014

VIA RENAVAM Nº CNPJ PLACA
05035455386 NUZ9263

HONDA/CB 300R ANO AB. ANO MOD. **2010 2010**

CAP/POT/CIL **2P/DCV/291CC** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

IPVA	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
***	***	***	*****

PREMIO TANTUM (R\$)	IPF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
286.75	SE01.110	292.01	13/06/2014

AL-FID - ADMIN DE CONS NACIONAL HONDA A LTDA;

BOA VIAGEM Igor Monte DE LILIAN LE 24/06/2014

RENAVAM MARCA / MODELO
212588109 HONDA/CB 300R

ANO AB. ANO MOD. **2010 09** SE2NC4310AR079562

PRÊMIO TARIFARIO		
FNS (R\$)	DENTAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129.04	14.34	143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
4.15	1.11	292.01

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITACAO **13/06/2014**

DESPACHANTE
LOTE/DOC Nº **010822375831** LIBRE DPVAT
MOTOR: **NC43E1A079562** 800/0001-04
www.seguradoralider.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/05/2019 às 07:15, sob o número 0137100820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0137100-88.2019.8.06.0001 e código 49A099B.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALÉRIO AURELIANO DA CRUZ,
 RG nº 2008097091452, data de expedição 20 / 09 / 2010,
 Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 050.354.553-86, com
 domicílio na cidade de BOA VIAGEM, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DEOCLECIO RAMALHO, nº 00010,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ, cujo o condutor era
TACIANO AURELIANO DA CRUZ.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/CB 300R
 Ano: 2010/2010
 Placa: NUZ 9263
 Chassi: 9C2NC4310AR079562
 Data do Acidente: 07/08/2014
 Local e Data: BOA VIAGEM / CE 03 DE JULHO DE 2017



VALÉRIO AURELIANO DA CRUZ
 Assinatura do Declarante

TACIANO AURELIANO DA CRUZ

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

2º OFÍCIO NOTARIAL E DE REGISTROS PÚBLICOS - BOA VIAGEM - CEARÁ
 Bol. MANUEL VIEIRA DA COSTA - Titular
 Rto. Mons. José Cândido, 80 (Centro) - Boa Viagem - Ceará - Cep. 63870-000 - Telefax (88) 3427-1480. - e-mail: cartoriovieirobv@hotmail.com

Reconheço por autenticidade a(s) firmas de **VALÉRIO AURELIANO DA CRUZ**.
 Boa Viagem (Ceará), 03 de julho de 2017
 Em testemunho da verdade

Manuel Vieira da Costa
 Manuel Vieira da Costa - 2º Tabelião Público
Lucilene Lopes Rodrigues
 Lucilene Lopes Rodrigues - Escrevente Substituta

SERVIDE AUTENTICIDADE
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

USB 02
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
 CF181.035

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Rozivalda

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA**

Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro.
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 07/08/14 HORÁRIO: 15:00 hs SEXO: (X) M () F

NOME: Deusimar pereiro da cruz DATA DE NASC 05/01/65

RG _____ CPF _____ CARTÃO DO SUS Nº _____

PAI: Pereiro da Cruz MÃE: Maria de Lourdes de Conceição

NATURALIDADE: BV PROCEDÊNCIA: SUS

ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Agricultor

ENDEREÇO: _____ Nº. _____

BAIRRO: Alto do motor. CIDADE BV UF: ce.

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HDA: _____

EXAME FÍSICO: FRACIL no MTD

EX. SOLICITADOS: _____

MEDICAMENTOS: Optopeduto

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Rx para hba A1
Walter...

PESO _____ TEMPERATURA _____ PA _____

DEUSIMAR
ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

[Signature]
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100, Centro
Boa Viagem - CE 61.100-000
Fone: (88) 3427-1136

**ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL PELA CASAM**

Esta cópia confere com a original

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 29/05/2019 às 07:15, sob o número 01371008820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0137100-88-2019.8.06.0001 e código 49A099B.



CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que entregamos em mãos a cópia da FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO do paciente **DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ**, Atendido nesta Unidade de Saúde no dia **07/08/2014**. Como segue em anexo.

Boa Viagem/CE, 03 de Setembro de 2014.

ROZIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL CSAM

Recebimento:

Paciente: _____

Documento de Identificação: _____

Data: ____/____/2014

LAUDO MÉDICO

NOME DA VITIMA: Heusimar Pereira da Cruz

DATA DO ACIDENTE: 07/08/14

Atesto para os devidos fins que Heusimar Pereira da Cruz, teve acidente de trânsito dia 07.08.14, apresentando fratura em perna direita, trauma em tornozelo direito, trauma em antebraço direito, trauma em ombro direito, escoriações.

Foi feito atendimento médico conservador e a ser de fisioterapia.

Atualmente apresenta sequelas permanentes, limitação funcional grave e completa, dor crônica, deformidade.

Perda muscular, instabilidade, dificuldade para exercer suas atividades de rotina.

Encontra-se em alta definitiva.

21/10/14

LOCAL/DATA

Dr. Francisco de Assis Nogueira
 CPF: 104.351.527-51

ASSINATURA DO MÉDICO

CARTA DE INFORMATIVO

DE: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

À: PRESADO SEGURADORA LÍDER

Eu, DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG 20076997477 SSPDS/CE e do CPF: 574.937.743-15, residente e domiciliar na Rua Francisco Deoclecio Ramalho Nº. 10, bairro Alto do Motor, Boa Viagem/ce.

Venho atrás deste esclarecer que no dia do meu acidente, o mesmo fui socorreu para o Hospital Local Casa de Saúde Adília Maria em Boa Viagem/CE foi um condutor da citada motocicleta como constar no Boletim de Ocorrência de número 428-2024/2014 e como consta na entrada Hospitalar no primeiro Atendimento Médico feito logo após o acidente.

E hoje mim encontro com várias sequelas devido este acidente assim como consta no processo.

BOA VIAGEM/CE 31 DE MAIO DE 2017.



DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

RG: 20076997477

CPF: 574.937.743-15

OFÍCIO NOTARIAL E DE REGISTROS PÚBLICOS - BOA VIAGEM - CEARÁ
 Bol. MANUEL VIEIRA DA COSTA - Titular
 Pça. Mons. José Cândido, 90 (Centro) - Boa Viagem - Ceará - Cep. 63670-000 - Telef. (88) 3427-1480 - e-mail: cartoriovieirabv@hotmail.com

Reconheço por semelhança a(s) firmas de DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ.
 Boa Viagem (Ceará) 31 de junho de 2017
 Em testemunho da verdade

Manuel Vieira da Costa - 2º Tabelião Público
 Lucilene Lopes Rodrigues - Escrevente Substituta





Clinic Fisio

Dr. Wilton Alves de Souza

CREFITO: 133.247-F

Pavão

Paciente Despinar Pavão
 da anz vítima de acidente
 motorístico resuscitando
 um fratura no M.I.D + fratura
 no tornozelo ⊕ + fratura no antebraço
 ⊕ após 10 dias e após o mesmo
 apresenta instabilidade no
 "M.I.D" + dor na parte da
 joelho + paralisia.

Data: ___/___/___

17-11-2017

Carimbo do Profissional Responsável

Dr. Wilton Alves de Souza
 Físio - Fisioterapeuta
 CREFITO: 133.247-F

Rua Ana Gonçalves, 195 - Boa Viagem - Ceará - (88) 9-9747-1162 - (88) 9-9617-9299
 CEP: 63.870-000 / e-mail: wiltonfisio33@outlook.com



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Início do conteúdo

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170408127 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

CPF/CNPJ: 57493774315

Posição em 27-05-2019 15:45:42

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/12/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/12/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
28/12/2017	Interrupção de Prazo	
07/10/2017	Exigência Documental	
29/08/2017	Exigência Documental	
02/08/2017	Interrupção de Prazo	
01/08/2017	Aviso de Sinistro	

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12086182

A/C: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Nº Sinistro: 3170408127
Vitima: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ
Data do Acidente: 07/08/2014
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: OLIVEIRA FERREIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000687-4

Conta: 0000004782-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário(a): DEUSIMAR PEREIRA DA CRUZ - Sinistro: 3170408127
Valor Nominal	R\$ 2.531,25
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	7/8/2014 a 8/12/2017

Dados calculados		
Fator de correção do período	1219 dias	1,234439
Percentual correspondente	1219 dias	23,443894 %
Valor corrigido para 8/12/2017	(=)	R\$ 3.124,67
Sub Total	(=)	R\$ 3.124,67
Valor total	(=)	R\$ 3.124,67

Memória analítica do cálculo				
Valor inicial	2.531,25			
Data inicial	7/8/2014			
Data final	8/12/2017			
Periodicidade	Mensal			
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.			
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor	
7/8/2014	1/9/2014	0,1451 (%)	2.534,92	
1/9/2014	1/10/2014	0,4900 (%)	2.547,34	
1/10/2014	1/11/2014	0,3800 (%)	2.557,02	
1/11/2014	1/12/2014	0,5300 (%)	2.570,58	
1/12/2014	1/1/2015	0,6200 (%)	2.586,51	
1/1/2015	1/2/2015	1,4800 (%)	2.624,80	
1/2/2015	1/3/2015	1,1600 (%)	2.655,24	
1/3/2015	1/4/2015	1,5100 (%)	2.695,34	
1/4/2015	1/5/2015	0,7100 (%)	2.714,47	
1/5/2015	1/6/2015	0,9900 (%)	2.741,35	
1/6/2015	1/7/2015	0,7700 (%)	2.762,46	
1/7/2015	1/8/2015	0,5800 (%)	2.778,48	
1/8/2015	1/9/2015	0,2500 (%)	2.785,42	
1/9/2015	1/10/2015	0,5100 (%)	2.799,63	
1/10/2015	1/11/2015	0,7700 (%)	2.821,19	
1/11/2015	1/12/2015	1,1100 (%)	2.852,50	
1/12/2015	1/1/2016	0,9000 (%)	2.878,17	
1/1/2016	1/2/2016	1,5100 (%)	2.921,63	
1/2/2016	1/3/2016	0,9500 (%)	2.949,39	
1/3/2016	1/4/2016	0,4400 (%)	2.962,37	
1/4/2016	1/5/2016	0,6400 (%)	2.981,33	
1/5/2016	1/6/2016	0,9800 (%)	3.010,54	
1/6/2016	1/7/2016	0,4700 (%)	3.024,69	
1/7/2016	1/8/2016	0,6400 (%)	3.044,05	
1/8/2016	1/9/2016	0,3100 (%)	3.053,49	
1/9/2016	1/10/2016	0,0800 (%)	3.055,93	
1/10/2016	1/11/2016	0,1700 (%)	3.061,13	
1/11/2016	1/12/2016	0,0700 (%)	3.063,27	
1/12/2016	1/1/2017	0,1400 (%)	3.067,56	
1/1/2017	1/2/2017	0,4200 (%)	3.080,44	
1/2/2017	1/3/2017	0,2400 (%)	3.087,83	
1/3/2017	1/4/2017	0,3200 (%)	3.097,71	
1/4/2017	1/5/2017	0,0800 (%)	3.100,19	
1/5/2017	1/6/2017	0,3600 (%)	3.111,35	
1/6/2017	1/7/2017	-0,3000 (%)	3.102,02	
1/7/2017	1/8/2017	0,1700 (%)	3.107,29	
1/8/2017	1/9/2017	-0,0300 (%)	3.106,36	
1/9/2017	1/10/2017	-0,0200 (%)	3.105,74	
1/10/2017	1/11/2017	0,3700 (%)	3.117,23	
1/11/2017	1/12/2017	0,1800 (%)	3.122,84	
1/12/2017	8/12/2017	0,0587 (%)	3.124,67	
Acréscimos de juro, multa e honorários				
Sub Total	(=)			R\$ 3.124,67
Valor total	(=)			R\$ 3.124,67

Retornar Imprimir