

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSOL.20.00168272-5** em **11/09/2020 09:11:26**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Solonópole
Processo : 0000334-12.2019.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00168272-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 11/09/2020 09:11:26

Partes

Solicitante : SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>[Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição*	: 2749982_CONTESTACAO_02 - 1-9.pdf
Documentação	: 2749982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf
Documentação	: 2749982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 11-21.pdf
Documentação	: 2749982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 22-30.pdf
Documentação	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLE/CE

Processo: 00003341220198060168

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANNA LAURA DE FREITAS SILVA** representado por **PAULO HENRIQUE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/12/2018**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, torna-se imprescindível a realização da prova pericial, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Cabe esclarecer que se tratado de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei. Diante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar, sob pena de confissão.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **FABIO**

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art.

^{1º}

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

POMPEU PEQUENO JUNIOR **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLONOPOLE, 3 de setembro de 2020.

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE**

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FÁBIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANNA LAURA DE FREITAS SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONOPOLE**, nos autos do Processo nº 00003341220198060168.

Rio de Janeiro, 3 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE



Impresso nº 2018313765

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 796 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **20/12/2018 11:17:22**Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2018 17:50:00**Endereço da Ocorrência: **ESTRADA ENTRE ASSUNÇÃO E SÃO JOSE**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SOLONOPOLE/CE**Ponto de Referência: **PROXIMA A CURVA DO MARI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANNA LAURA DE FREITAS SILVA**Nascimento: **26/11/2014** CPF:RG : **Orgão Emissor:**

UF:

Filiação: **ARETHA TAIANE FERREIRA DE FREITAS
PAULO HENRIQUE DA SILVA**Endereço: **RUA JOSE IRINEU, 35**Bairro: **SAO JOSE**Município: **SOLONOPOLE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99850-2645**

Noticiante(s)

Nome: **PAULO HENRIQUE DA SILVA**Nascimento: **17/11/1984** CPF: **333.108.548-09**RG: **2002014019636** Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA MARONILDE DE LIMA DA SILVA
FRANCISCO ALMIR DA SILVA**Endereço: **RUA JOSE IRINEU, 35**Bairro: **SAO JOSE**

CEP:

Município: **SOLONOPOLE/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQR2739** Uf: **CE** Município: **SOLONOPOLE** Chassi:**9BGSA1910AB180524** Renavam: **171996445** Tipo do Veículo:**AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CLASSIC** Ano Fabricação:**2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA**Proprietário: **FRANCISCO ORLANDO DE AMORIM** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

AFIRMA O REGISTRANTE QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA CITADOS GUIAVA O CARRO DE PLACA NQR 2739/CE, LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO ORLANDO DE AMORIM, E QUE VINHA DE ASSUNÇÃO SENTIDO SÃO JOSÉ, QUANDO PERDEU O CONTROLE E O CARRO CAPOTOU TRÊS VEZES; E QUE SUA FILHA, ANNA LAURA FREITAS SILVA DE 4 ANOS, FOI ATIRADA PARA FORA DO VEÍCULO E SE LESIONOU/FERIU NA CABEÇA E NAS PERNAS; E FOI SOCORRIDO POR UM CIDADÃO, QUE DESCONHECE E QUE OS LEVOU PARA O HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO; E QUE ESTE BO É PARA FINS DE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE



Impresso nº 2018313765

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 554 - 796 / 2018

DPVAT. NADA MAIS DISSE DANDO-SE POR ENCERRADO ESTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Vagner de Melo Furtado - MAT.: 30124952

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Pollyana Maria Costa Torres

VISTO DO DELEGADO(A) : Pollyana - MAT.: 30122313



26 FEV. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: 3590037840	CPF da vítima: 090243303-04	Nome completo da vítima: Anna Laura de Freitas Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: Paulo Henrique da Silva	Endereço: Rua Jose Irineu	CPF: 333108548-09	Estado: CE	CEP: 63620-000
Profissão: vendedor	Cidade: Solenópolis	Número: 35	Complemento: -	DDD: 88
Bairro: Distrto São José				Tel (DDD): 999200771
E-mail: diogenescazevedo@gmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150**

9

CONTA: **16175**

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Y40.-51

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização integral do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sumário, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **{assinalar uma das opções}**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordânea com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Dira do bairro da vítima

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou cunhado(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/aeos vivos? Sim Não

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

Local e Data: **Solenópolis - CE, 24 de janeiro de 2019**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGÓ

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Paulo Henrique da Silva

26 FEV. 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
15ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

C E R T I D Ã O

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR Escrivão de
Polícia Civil, Matrícula 135490-1-x, em exercício na
Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-
CE, no uso de suas atribuições legais, etc..

CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que nas cidades de Milhã, Deputado Irapuan Pinheiro e Solonópole não possuem Defesa Civil, Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e Polícia Rodoviária Federal, onde somente na cidade de Solonópole existe o SAMU. Que em razão dos acidentes de trânsito acontecerem na maioria dos casos em área rural, não são comunicados a Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a vítima é socorrida por populares, quando não a própria pessoa vai sozinha para o hospital. Assim sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas bem, como na declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido é verdade, dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-
CE, aos três (03) dias do mês de outubro do ano de dois mil e
quatorze (2014)


MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR

Escrivão de Polícia

Miguel Arcanjo Frotta Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
Matr. 135490-1-x

26 FEV. 2019

6185571

Até 09/2018 - Conta de Energia Elétrica
Faturada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2007
Companhia Energética do Ceará
Rua Frederico Lins, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07.047.261/0001-10 | COD. 105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 553575394

Reta 09 14056 02 155500 - 4 Data de Emissão 14/12/2018
 Nome PAULO HENRIQUE DA SILVA
 End. Postal RUA JOSE IRINEU 00035 30035
 DT SAO JOSE - SOLONOPOLIS - 61620000
 Medidor 1548989 Posse 0000 A795
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 333108548-09 CGF

Nome do Responsável

DATAS		INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Prazo para Leitura	Vaga e Legenda na versão digital da conta	Consumo	Mês	Consumo	Mês
Dez/2018	14/12/2018	14/01/2019	Consumo	11.000 kWh	11.000 kWh	11.000 kWh	11.000 kWh

ICMS
 Base de Calculo IPI: Alíquota: Valor do Imposto:
 11.000 10,00 1.100,00 DIC 5,00 5,00 5,00 5,00 5,00 5,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 11.000,00 11.000,00 11.000,00 11.000,00 DMIC 5,00 5,00 5,00 5,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lct. Atual	Lct. Anterior	Consel.	Consumo (R\$)M	Cons. Ind.	Consl. Faz.	Tarifa (RSWPF)	Valor (R\$)
11.000	10.000	1.000	11.000	1.000	1.000	1.000	11.000
11/12/18	12/12/18		11.000	1.000	1.000	1.000	11.000

VALOR (R\$)

DESCRÔAO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	79,70
MULTA MORATÓRIA REF 11/2018	1,38
JUROS DO MES	0,65
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	9,87

VENCIMENTO 21/12/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 91,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Item	Valor (R\$)
Imposto	79,70
ICMSDF-1000	1,38
ICMSDF-1000	0,65
ICMSDF-1000	9,87
Total	91,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
11/11/18	11.000
12/11/18	11.000
01/12/18	11.000
02/12/18	11.000
03/12/18	11.000
04/12/18	11.000
05/12/18	11.000
06/12/18	11.000
07/12/18	11.000
08/12/18	11.000
09/12/18	11.000
10/12/18	11.000
11/12/18	11.000
12/12/18	11.000

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecologica (KCO₂)
 44,90 0,00

Agradecemos sua atenção e esperamos que este seu atendimento seja sempre o melhor.

26 FEV. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 553996440
Companhia Energetica do Ceará
 Rua Padre Valdebeno, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.549-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 tarifa unitária por kWh 10,436 reais
 26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
DEZ/2018

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	8484089	DU 7
VENCIMENTO	15/01/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	439,25	

DESCRÍÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão /
 Apresentação

17/12/2018

Prev. Próxima

Leritura

16/01/2019

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO MENSAL DIC
 ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	390,15	Aliquota	27%	Valor do Imposto	105,34
-----------------------	--------	----------	-----	------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecologica(%CO₂)

0 100

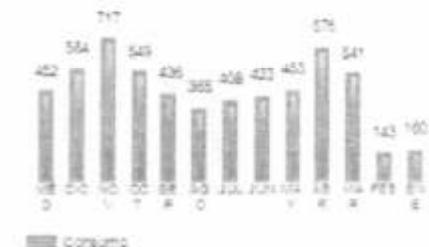
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta CM: 131,41
 Conjunto: SOLOMONOPOLIS

Mês OUT/ 2018

DIC (h)	Padrão Individual		Ajustado Individual	
	Mensal	Trimestre Anual	Mensal	Trimestre Anual
5,31	10,62	21,25	9,18	0,00
3,23	6,47	12,95	2,00	0,00
3,03			0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 8484089-7 Nº da Nota Fiscal: 553996440 Total a Pagar (R\$): 439,25
 Data de Emissão: 19/12/2018 Referência: DEZ/2018 Nº de Controle: 0008484089 00017 4319 2 17

83800000004-1 39250031000-0 00064840890-0 00174319254-9



26 FEV. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 a 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**.

Subsecretaria de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

¹ 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 Priscila da Silva Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 630570723 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anna Laura de Freitas Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 090743303 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Anna Laura de Freitas Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 090743303 / 04, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Jose Carlos Freire</u>	Número	<u>190</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Alto Vitorio</u>	Cidade	<u>Solonopole</u>	Estado	<u>CE</u>
Email:	<u>diogenesreazvedo@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDDI)	<u>88-3518-1610</u>	Telefone celular (DDDI)	<u>88-999200171</u>

Solonopole-CE, 09 de janeiro de 2019
Local e Data

Priscila da Silva Ferreira

Assinatura do Declarante

26 FEV. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Orlando de Amerim,
RG nº 2379928-98, data de expedição 21/08/1992,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 001379353-58, com
domicílio na cidade de Solanópolis, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio São Luiz, nº 510,
complemento maretos, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Anna Laura de Freitas, cujo o condutor era
Paulo Henrique da Silva.

Veículo: CHEVROLET / CLASSIC

Modelo: 2010

Ano: 2009

Placa: MUR-2439

Chassi: 9 AGSA 3910AB1805-24

Data do Acidente: 18.11.2018

Local e Data: gobowidati - ce 03.03.2019

Francisco Odor do Amorim

Assinatura do Declarante

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

CNPJ: 05.674.155-0001-27
Maria Rita Nogueira
Tribunal
Carlos Freire de Souza Pinto
Escrivão - Juiz
Antonia Patricia de Souza Pinto
Juíza Federal - Juiz
Antonio Schettino
Escrivão - Juiz
Foto: Ed
Suplicy

70

Reconheço por autenticidade
semelhança () as assinaturas de
PAULO Henrique da
SILVA
Silvoneco, de 01 de 2017

26 FEV. 2019



Prefeitura Municipal de Solonópole
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital e Maternidade
Mª Suêly Nogueira Pinheiro

BOLETIM DE ATENDIMENTO EXTERNO PEQUENA CIRURGIA

Nome: Janaína Soárez Silva Idade: 01 ano

Residência: São José

Naturalidade: Quixadá Estado Civil: Casada

Queixa Principal: Crise vitímana de ACIDENTE DO CASO, quando saiu para a praia com a família

Procedimento Realizado: No couro cabelludo Pterigio com cera de parafuso D. Colagenoplastia, remoção de cera

Data: 18/11/18

Ass. do Médico

Ass. do Paciente ou Responsável

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Comarca de Solonópole/CE

A assinatura nessa cópia é a reprodução fiel do original contido nestas notas.



03

20 DEZ 2018

Maria Lívia Nogueira Pinheiro - Oficiala
Cartório de Atos Privados Nogueira Pinheiro - Escrivã Substituto
Antônio Praxedes Nogueira Pinheiro - Esp. Autorizada
Antônio Guedes da Cunha - Assessor Jurídico

26 FEV. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 126
CEP: 53620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópole - CE

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Nº CAD/SUS	DATA: 18.11.18		Leito de Observação:
Médico Plantonista: <i>(Dr. Arno)</i>	Enfermeira Plantonista: <i>Géssica</i>		
P脉搏 (Pulse):	Temperatura:	P脉搏 (Pulse):	CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO Comarca de Solonópole/CE

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Janaína Freitas Silva* Data: *20-02-2018*
 Endereço: *São José*
 Sexo: () MASC () FEM Idade: *04* Estado Civil: *Casada*
 Profissão: *Criança* Naturalidade: *Solonópole*

A presente cópia é a reprodução fiel do documento original, respeitado este nota.



AVALIAÇÃO CLÍNICA

Sintoma Principal:

História da doença atual: *Fraqueza generalizada, perda de reflexos patológicos (2/2), no sentido de serem normais. Foi avaliar e registrar Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.*

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Olhos Abertos	Melhor resposta motora		Resposta Verbal	Total (3-15)
Spontaneamente	04	Obedece	06	05
P / Falar	03	Localiza dor	05	04
P / Dor	02	Retraído	04	03
Não Responde	01	Flexão anormal	03	02
		Extensão	02	01
		Não Responde	01	

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico: *Fevereiro 2018 / antidiáspor / anestésico local - dor de*

Ela CONSCIENTE CONSCIÊNCIA

Reflexos normais.

Extensões - reflexos patológicos -

Conus medullaris - um Hemisfério D.

26.FEV.2019

Observação Diagnóstica:

Fenômenos paroxísticos contundentes no tórax (2/2 + Hemicrânio D, de nível diafragma - tórax. Antecedentes fumacento há 04 e 50 fumadas/dia).

Prescrição Médica

Anotações de Enfermagem

Anotações de Enfermagem

41	D-DM 28/11	AT!	
21	Scarp tecknurizante	AT!	
51	CET Taurax DNA 1,5g EV Lecce		
51	Organic e 100gmp S= 0,9, 20:22, Kosher Autonomia Italia		
21	124 h.		
51	Difusina 500mg/4 0,6mg +		
19	19. 500 mg 80. Cest 0,765	20/25	AT 06:10 hrs.
51	AT 28°C or -6		
6	Storage 0,25 mg + pop, 2 up 40		
21	2nd 28/11 m. Cambio		
71	Other 100g EV 100g = 26 Consecut.		
51	Prov. 25% Nata 1 TC 200 grand		



MUNICÍPIO DE
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Ana Lúcia
de Freitas, 41 (quarenta) Anos, nasc.
ma de ascendente de origens
autumnais, asthmática, crista-
luna, sendo casada de novo
neste, sendo cidadã de Solonó-
pole, com endereço FCE,
do bairro Cachorro-Braco, no
Fazenda Pernambucana, n.º 18133/2003
Fazenda Pernambucana, n.º 18133/2003
neste bairro, não apresenta
nenhum sintoma, nem suspeita
de alguma doença. Pessoalmente
exame não encontro nenhuma
anomalia.

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)

dois níveis de intensidade da pressão
de um paciente é de 70 mmHg.
Pontos onde a pressão é de
70 mmHg é de 70 mmHg.
é de 70 mmHg é de 70 mmHg.
é de 70 mmHg é de 70 mmHg.
é de 70 mmHg é de 70 mmHg.

70 mmHg é de 70 mmHg.



Dr. Cirilo Pires Cavalcante Silva
Médico
CRM-4.47



Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice
Rua Santos Dumont, 510 – Iguatu - CE
Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

DATA: 18 / 11 / 2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE CRÂNIO-CEREBRAL

TÉCNICA:

- Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, sem o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

LAUDO:

- Parênquima encefálico com coeficientes de atenuação preservados.
- Ventrículos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras e cisternas anatômicos.
- Não há desvios das estruturas da linha média.
- Não identificamos coleções patológicas intracranianas.
- Calota craniana íntegra.
- Aumento das partes moles na região frontal direita com calcificações em permeio e alta convexidade parieto-occipital com densidades gasosas associados, provavelmente ao trauma.

CONCLUSÃO:

- Hematoma subgaleal na alta convexidade parieto-occipital e região frontal direita.
- Não identificamos outras alterações patológicas apreciáveis ao método.



Dr. Douglas Henning
Médico Radiologista
CRM 13015 RQE 8227

Rua Santos Dumont, 510, Iguatu-Ceará - Fone: (88) 3582-7800

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MÍNISTERO DAS CIDADÃOS DIVISÃO DE REGISTRO E CADASTRO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME: PAULO ENRIQUE DA SILVA	
	
DOC. NACIONAL - VALORIZADO N. 2002314015436 ESS	
DI 333.108.546-09 TOD. NACIONAL 17/11/1984	
PAI: FRANCISCO ALMEIDA DA SILVA MARCELA MARCONILDES DE LIMA DA SILVA	
SEXO: MASCULINO ESTADO: CEARA	
VALORIZADO: 30/05/2000 VALIDADE: 30/03/2005	
OPERAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO:	
<i>Paulo Henrique da Silva</i>	
UF: CE REGISTRO: 00000000000000000000	
DATA: 25/05/2015	
LEIA: IGUATU, CE <i>Foto: Vitor - Foto: Vitor</i> DATA: 25/05/2015	
DATA: 25/05/2015	

26 FEV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VEH. N.º 00171996915 | DOCUMENTO 00000000 | 2017

Fábrica: SICB - ORLANDO DE AURITIN

Nome: SAC DPNVAT
SOL. ONGOLE
SOL. ONGOLE

OFC / CNAF: 00137955358 | INSCRIÇÃO: NCR2739/CE
PLACA: NCR2739/CE

N.º CÉ: 98651910AB180524 | COMBUSTÍVEL: GASOL / ALCO

PÁS/AUTOMÓVEL / NPG. AT. LG | MARCA / ACORDO:

CHEVROLET/CLASSIC | CATEGORIA: G6 PNEU/RODAS: 2009 | ANO FAB.: 2010 | ANO MOD.: 2010

SP-78CV / 1000CC | PART. IC | F-RAYA

COTA ÚNICA: VEÍCULO: COTA ÚNICA | VÉHICULE: COTA ÚNICA | VÉHICULO: COTA ÚNICA

I - SP-78CV / 1000CC | P-FAKA/EPA | V - PARCELAMENTO TOTAL

V - PARCELAMENTO TOTAL | A - KIT DE MANUTENÇÃO | PREMIO DA MARCHA (R\$) - R\$ 0,00 | PREMIO TOTAL (R\$) - R\$ 0,00

DESENHADORES: R\$ 0,00 | DATA DE PAGAMENTO: R\$ 0,00

LOTE: 1 | DATA: 10/11/2017



Selo emitido pela DENATRAN

SEGURO D'PVAT

DATA DE EMISSÃO: 06/11/2017

OFC / CNAF: 0013796445 | NCR2739

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

Assinatura:

00607

NCR2739

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607

00607







26 FEV. 2019

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
001.379.353-13
Nome:

FRANCISCO ORLANDO DI CARLO

Nascimento:
11/03/1974

MATERIALMENTE (COM COMPROVAÇÃO DE IDENTIDADE)



digito verificador: 00
05/10/03 dia 05/09/2016 (não é data de emissão)
Sociedade Pública Federal do Brasil
Comprovação emitida para
www.receita.fazenda.gov.br
que o(a) mencionado(a) é titular da identidade
que consta no documento de identidade que a seguir consta.

0464.0292.022-0873
SOCIEDADE FEDERAL DE RECEITAS

REQUERIMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

Eu, Anna Laura de Freitas Silva, Vítima do sinistro 3190037840, venho por meio desta solicitar a realização de uma perícia médica, já que na primeira análise não foi realizada a perícia para uma avaliação mais detalhada e realista da debilidade permanente que carrego, tendo em vista que a avaliação inicial somente por documentos médicos não constatou o grau da incapacidade que tenho corretamente, pois conforme documentos juntados no sinistro, como em anexo, carrego sequelas permanentes que são passíveis de indenização.

Ciente do pronto deferimento ao requisitório, por ser da mais clara Justiça, desde já agradeço.

Solonópole/CE, 28 de janeiro de 2019.



Anna Laura de Freitas Silva / Paulo Henrique da Silva

CPF: 008.429.563-52 / 333.108.548-09

26 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190037840 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA HEMIFACE DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(SUTURA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Vitima: Anna Laura de Freitas Silva, brasileiro(a), estado civil: solteira
Profissão: estudante, do CPF 090 743 303-0 neste ato representado pelo seu
genitor: Paulo Henrique da Silva, brasileiro(a), estado civil: união estável
Profissão: vendedor, do RG: 2002034019636, do CPF: 533 108 548-09, ambos
residentes no(a) Rua Jose Irineu, n° 35, bairro: Distrito
São José, município: Solonópole, CE, CEP: 63620-000.

OUTORGADO:

Priscila da Silva Ferreira, brasileira, solteira, estudante, inscrita no RG sob o nº: 2008459268-5, órgão expedidor SSPDS-CE e do CPF: 610.570.723-11, residente no(a) Rua Carlos Freire Machado, 190, Alto Vistoso, Solonópole/CE, CEP: 63.620-000.

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

Local e data: Solonópole - Ce, 20.12.18.



Assinatura do outorgante/representante
(Reconhecer firma por autenticidade).

CANTORIÚ Nogueira Pinheiro
2º OFÍCIO - SOLONÓPOLE-CE
CNPJ: 05 674 151-0001-27
Maria Ilda Nogueira Pinheiro
Titular

Carlos Frederico Nogueira Pinheiro -
Escrivente Substituto - Escritório
Antonia Patricia Nogueira Pinheiro -
Jeferson Faria de Andrade - Escritório
Antônio Gomes de Oliveira - Escritório
Técnicos Autorizados

RECONHECIMENTO DE FIRMA	RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CM 359505	PWTF
2º OFÍCIO DE SOLONÓPOLE-CE Rua Dr. Odilon Lima, 52 - Centro Hab. Dr. Odilon Lima, 52 - Centro	

Reconhecido por autenticidade (X)
semelhança () as assinaturas da
Paulo Henrique
da Silva
Solonópole, 20 de 12 de 2018

Maria Ilda Nogueira Pinheiro - Oficial
Carlos Frederico Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
Antonia Patricia Nogueira Pinheiro - Esc. Autorizada
Jeferson Faria de Andrade - Esc. Autorizada
Antônio Gomes de Oliveira - Esc. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM SÉLO DE AUTENTICIDADE

2º OFÍCIO DE SEG. 41

16 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018152/19

Número do Sinistro: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

CPF: 090.743.303-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

PAULO HENRIQUE DA SILVA : 333.108.548-09

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: PAULO HENRIQUE DA SILVA
CPF: 333.108.548-09

PAULO HENRIQUE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

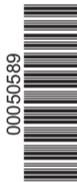
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: 3590037840	CPF da vítima: 090243303-04	Nome completo da vítima: Anna Laura de Freitas Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: Paulo Henrique da Silva	Endereço: Rua Jose Irineu	CPF: 333108548-09	Estado: CE	CEP: 63620-000
Profissão: vendedor	Cidade: Solenópolis	Número: 35	Complemento: -	Tel (DDO): 88 999200771
Bairro: Distrto São José				
E-mail: diogenescazevedo@gmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150**

9

CONTA: **16175**

3

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Y40.-51

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização integral do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sumário, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **{assinalar uma das opções}**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordânea com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Dira do bairro da vítima

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou cunhado(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/aeos vivos? Sim Não

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

Local e Data: **Solenópolis - CE, 24 de janeiro de 2019**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Paulo Henrique da Silva

26 FEV. 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

8900 6Z/0000 0000 0000

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/12/2018 - Autoatendimento - 11:15:00
115072818 0269

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 1150-9
CONTA: 16.171-3
VARIACAO: 51
CLIENTE: PAULO HENRIQUE DA SILVA

26 FEV. 2019