

 **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 **WEB1.20.01445811-0** em **15/09/2020 13:02:49**.
- 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 : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0246843-96.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01445811-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 15/09/2020 13:02:49

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

Petição* : 2750001_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2750001_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.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

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, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200248293

Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

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, contados 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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200248293

Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000687-4

Conta: 000000018870-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
950.353.463-15 Joel Rodrigues do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Joel Rodrigues do Nascimento

6 - CPF:

950.353.463-15

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

107 Baqueirão

9 - Número:

29 casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63870-000

15 - E-mail:

jrdiguerodpvata@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(88) 988859103

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0687

CONTA: 0038870

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim
teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
nasцturo (velas/nasc.)? Sim
 Não

31 - Vítima Sim
teve irmãos? Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/vivos? Sim
 Não

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

34

Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
do afiliado

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Bonito, CE 1910612020

Joel Rodrigues do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 428 - 510 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2020 11:14:52**
Data / Hora da Ocorrência: **17/11/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROÇAL, ZONA RURAL - BOQUEIRÃO BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **09/07/1977** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO
JOSE CHAGAS DO NASCIMENTO**
Endereço: **SITIO BOQUEIRAO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99317-9842**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSS6318** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2KD0550ER311286 Renavam: **1005998679** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava pilotando a motocicleta acima mencionada, que esta MOTO está LICENCIADA em nome de FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA, que a vítima vinha pilotando esta motocicleta na estrada carroçal da localidade de Boqueirão, que o declarante afirma ter buscado uma saca de milho nesta localidade e colocado nesta moto e que bateu em uma broca e desequilibrou desta moto, fazendo com que a mesma caísse por cima de sua perna direita, que foi socorrido até o HOSPITAL CASA de SAÚDE ADÍLIA MARIA, que a vítima SOFREU: uma pancada muito forte na sua perna direita, fratura na perna direita, que a vítima trouxe a esta delegacia 2 testemunhas, e que a vítima estava ciente NÃO POSSUIR CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO e nada mais disse//

Estando ciente de que, por não ser habilitado(a), cometeu a infração preceituada no art. 162, I, do C.T.B, o que poderia, inclusive, ter configurado o delito tipificado no art. 309 do C.T.B, CASO ESTIVESSE conduzindo o veículo GERANDO PERIGO DE DANO (crime de perigo concreto).



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

Impresso nº 2020359948



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 428 - 510 / 2020

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FÁBIO MOTÁ DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Isidro Rodrigues de Souza

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIANA CAMINHA SIMÕES - MAT.: 301255-3-3

TEST. 01: Francisco César de Oliveira

TEST. 02:

Francisco César de Oliveira

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

950.353.463-15 Joel Rodrigues do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

Joel Rodrigues do Nascimento

6 - CPF:

950.353.463-15

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Av. Baqueirão

9 - Número:

29

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Boa Viagem

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

63870-000

15 - E-mail:

jdriguezdpvato@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(81) 988359103

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradenco*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vívo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Sim Não

Sim Não

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim Não

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim Não

filhos vivos?

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 poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou de seu curador (se aplicável)

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Boa Viagem, PE 19/06/2020*

Joel Rodrigues do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a. Assinatura do Representante Legal (se houver)

Digitalizado com CamScanner

TESTEMUNHAS

7951740

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.409
de 29 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.847.251/0001-70 | CGF 06 105 040-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE UNICA | N° 037948658

Rota BV333R04 - 118000
Nome MARIA HELLNA RODRIGUES DO NASCIMENTO
Endereço DT BOQUEIRÃO, 00029, DT BOQUEIRÃO, 63570-000, BOA

Classificação VAGEN
Modalidade Rural Residencial Rural
Ligação Monofásico

Referência 11/2019

Emissão 19/11/2019

Medidor 768144-SCH-B61

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

ÁREA RESERVADA AO RISCO

115.427.0764.4411.0781.007.006.002

DATAS DE LEITURA P.F.: 33 418
Anterior Atual Próxima prevista

Ponto	Lect.	Lect.	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
	Atual	Anterior	Mês (kWh)	Mês (kWh)	Int. (kWh)	Fut. (kWh)	(R\$ kWh)	(R\$)
ET	5.260 4.720	5.159	1.00	151	0	151	0,55377	93,62

DADOS DA MEDICÃO

		TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO		0,55377	93,62
ADICIONAL BAND. AMARELA		-	1,30
ADICIONAL BAND. VERMELHA		-	4,96

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	89,88	7,00	24,27
PIS	89,88	0,04	0,04
COFINS	89,88	0,30	0,26

27/12/2019 037948658 89,88

CPF/CNPJ 222.218.833-49

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (g/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo da energia elétrica

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

FATURADO POP MÉDIA - LETTURA BINISTRAL
Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 18/10 - 03/11 56,28
31/10 Vermelha : 01/11 - 19/11 Total: 54,28

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC. NO MES
TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO
1800-00299400 OU FALE COM A ENEL NO
CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS
REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES.
PEDIMOS DESculpas PELO TRANSTORNO.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Jefferson Rodrigues Almeida,

RG nº 30072133664, data de expedição 19/02/2010.

Órgão _____ portador do CPF nº 042.044.683-08,

com domicílio na cidade de Boca Vargem, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) FAZENDA BOQUERÃO, nº _____

complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Joel Rodrigues do Nascimento, cujo o condutor era Joel Rodrigues do Nascimento.

Veículo: Motociclo Modelo: HONDA/NXR 150 Bros Ano: 2013/2014

Placa: OSS 6318 Chassi: 9C2KD0550ER311286

Data do Acidente: 17/11/2019.

Local e Data: Boca Vargem - ee 19/10/2020.

Francisco Jefferson Rodrigues Almeida
Assinatura do Declarante

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERO DA INFRAESTRUTURA

CONTRAN		DENATRAN		
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA				
DETTRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 015701250192		
VIA DIG 1	PLACA ANT / UF / CE 1005998679	NOME FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA	PERÍODO DE EXERCÍCIO RENAVAM 0000000000 / TUNTRC 2019	
BOA VIAGEM / CE				
04204462308		DATA / CHAV 0556318/CE	PLACA / CHASSI 9C2K00550ER311286	
PÁS/MOTOCICLO/NÃO APPLC.		TIPO DE VEÍCULO MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES	COMBUSTIVEL GASOL/ALCO	
2P / 0CV / 149CC		CATEGORIA PARTIC	ANO FAB. 2013	ANO MOD. 2014
I	— COTA ÚNICA ** * * * * , **	VENC. COTA ÚNICA ** / * / **	1º VENC. COTAS *****	
P	— FAZER UPGRADE	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****	
V			3º *****	
A				
PRÉMIO (VALOR R\$)	R\$ (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
80,11	0,32	84,58	18/09/2019	
DISPENSAS/EXCEPÇÕES				
BOA VIAGEM / CE Início Bônus				
LOCAL		DATA		
		05/11/2019		

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

		04204462308	
		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br	
15701250192		SAC DPVAT	0800 022 1204
		10028703134	
		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2019	05/11/2019
		PLACA	0556318
VIA	1	CPF / CNPJ	
RENOVAM	04204462308	HONDA / NXR 150 BROS ES	
- ANO FAB.	2013	Nº CHASSI	9C2KD0550ER311286
- DAT. FAB.	09		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP9 09-240-030-0001-B

MOTOR: KDO5E5B311286

BOA VIAGEM	W. A. D.	DATA
Igor Pinto		05/11/2019
SUSPENSO	D E T A I N C E	

CONTRRN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200248293 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195700/20

Vítima: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF: 950.353.463-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO : 950.353.463-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/07/2020
Nome: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO
CPF: 950.353.463-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

RAIANNE SILVA BARBOSA