



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

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 **WEB1.20.01499304-0** em **13/10/2020 16:43:38**.
- 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 : 0253654-72.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01499304-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 13/10/2020 16:43:38

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* : 2758265_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2758265_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200265793

Vítima: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS HOLANDA 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, 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

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200265793

Vítima: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200265793

Vítima: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

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 dos ombros
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: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000030668908-1

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200265793 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA 1/3 LATERAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 3

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPF da vítima: 913.159.133.72
 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA
 6 - CPF: 913.159.133.72
 7 - Profissão: VENDEDOR
 8 - Endereço: AV. VALPARAISO
 9 - Número: 899
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: CONS. PALMEIRAS
 12 - Cidade: FORTALEZA
 13 - Estado: CE
 14 - CEP: 60140-000
 15 - E-mail: Rc 527310@gmail.com
 16 - Tel (DDD): 85 919529.6730

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: nubank

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 30668908 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA - CE 24/07/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1168 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/07/2020 14:09:45**
Data / Hora da Ocorrência: **18/03/2018 00:35:00**
Endereço da Ocorrência: **AV VAL PARAISO , CONJUNTO PALMEIRAS - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA**
Nascimento: **11/05/1983** CPF: **913.159.133-72**
RG: **2000010225936** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **IOLANDA HOLANDA DA SILVA**
FRANCISCO FARIAS DA SILVA
Endereço: **AVENIDA VAL PARAISO , 894**
Bairro: **CONJUNTO PALMEIRAS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9976-4066**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR5386** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0550BR042870 Renavam: **347146325** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE FILHO DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OCR-5386 NA AV. VAL PARAISO QUE AO TENTAR ULTRAPASSAR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE. ///////////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO E CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Antonio Marcos Holanda da Silva**

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPF da vítima: 913.159.133.72
 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA
 6 - CPF: 913.159.133.72
 7 - Profissão: VENDEDOR
 8 - Endereço: AV. VALPARAISO
 9 - Número: 899
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: CONS. PALMEIRAS
 12 - Cidade: FORTALEZA
 13 - Estado: CE
 14 - CEP: 60140-000
 15 - E-mail: Rc 527310@gmail.com
 16 - Tel (DDD): 85 919529.6730

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 30668908 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima:
 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA - CE 24/07/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000030668908-1

Nr. da Autenticação 4CE8088CFC5DCF39

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

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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77 na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário

ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 913.159.133 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 913.159.133 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:
RUA PROFESSOR CABRAL

Número:
676

Complemento:
FUNDOS

Bairro:
PQ. SANTA ROSA

Cidade:
FORTALEZA

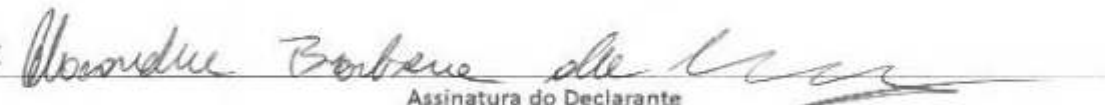
Estado:
CEARA

CEP:
60.762-775

E-mail:
RC527310@GMAIL.COM

Tel.(DDD):
85999253719

Local e Data: FORTALEZA, 24 DE JULHO DE 2020

x 
Assinatura do Declarante

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
NOME MÃE IOLANDA HOLANDA DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5101398	Nº DO BT 285523
ENDEREÇO RUA VALPARAÍSO 894 CONJUNTO PALMEIRAS		SEXO M	RACIA COR PARDOS
CIDADE FORTALEZA		CEP 60.870-440	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA TRANSPORTEADO DO ACIDENTE			
DIAGNÓSTICO TRAUMA DE CLAVICULA ESQUERDA HÁ 1 DIA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ACIDENTE DE MOTO	
SINAIS VITAIS PULSO NI		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA MORAES DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 18/03/2018 12:56:50	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO	
ATENDIMENTO MÉDICO			
HISTÓRIA DO DOENÇA Lito acidente motorciclístico e trauma RSE. Rx - Fratura 1/3 lateral clavícula.			
DIAGNÓSTICO HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO		RAIO-X <u>antero</u> <u>post</u> <u>AVI + IP</u>	
MEDICAMENTO Salinto amarelo		PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO	
303030007			
TIPO DE ALTA/SAÍDA 227			

ATUALIZAÇÃO
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO OBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.
DATA E HORA DO ATENDIMENTO
Impresso por Francisca Moraes da Silva em 18/03/2018 12:56:50
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CONFERE COM ORIGINAL
16/04/18
Xofur

+ Antônio Marcos Holanda da Silva
antonio marcos holanda da silva

04.835.157/0012-95
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jamilista Ternes Coelho, 1578
Messegana - CEP: 60.254-810

Fortaleza

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	7 - CNES
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	8 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME COMPLETO DO PACIENTE <i>MORRIS HAYNO DE SILVA</i>	9 - SEXO ☒ M ☐ F
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	10 - DATA DO NASCIMENTO <i>11/05/1983</i>
5 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
6 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO, CIDADE, ESTADO)	12 - CID
<i>Rua 202100 N. 844 - Janguru</i>	13 - UF
<i>CE 21200</i>	14 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>PWTHUPDE SUPAD P 1/3 LATKNOI DO CLAVIUM ESQ.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>NELBSSIMDK DE CIUMBIA</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ALBUMBK + F + (M) +</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>FUTURO CLAVIUM ESQ.</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE <i>Dr. Felipe Brasil</i> CRM-CE 10871	33 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - AGENTE DE TRABALHO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - Nº BILHETE	37 - SÉRIE
38 - AGENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNIE EMPRESA	41 - CIDR
42 - AGENTE DE TRABALHO TRAJETO	43 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - EMPREGADOR	45 - AUTÔNOMO
46 - DESEMPREGADO	47 - APOSENTADO	48 - NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO

49 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	50 - CIDO ORGÃO EMISSOR	51 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
52 - DOCUMENTO	53 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
54 - DATA DO DOCUMENTO	55 - ASSINATURA E CARIMBO (PP DO REGISTRO DO CONSELHO)	
56 - ENDEREÇO	57 - CIDADE	

*CONFERE COM ORIGINAL
26/04/18
Xep*

PACIENTE **ALTOPIR MARCOS HOLIMM A Silva.**

DATA OPERAC. **23/03/18** ENFERMAGEM **Dr. WADDEL** LEITO

PROF. AUXILIAR **Dr. WADDEL** INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA **Dr. AMARAL** TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO **Fúrpula de cloaca / Equilo**

PROC. DE OPERAC. **Omentum cloacal / Típuso sub**

CALCULOS NOS OVARIOS

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NOATO

ACCIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA DE LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- 1) **Aberto na região do**
- 2) **Aberto a fúrpula de cloaca**
- 3) **Exatidão de eqs típuso**
- 4) **Exatidão de eqs típuso**
- 5) **Exatidão de eqs típuso**
- 6) **Exatidão de eqs típuso**
- 7) **Exatidão de eqs típuso**
- 8) **Exatidão de eqs típuso**

CONFERE COM ORIGINAL
26/04/18
Dr. WADDEL

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
RUA DE OLIVEIRA
 Av. Jornalista Torraz Coelho, 1578
 Maceió - AL - CEP 55064-810

FORM. DEBO-SAME - Desc. Oper. 002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
05034566735

VALIDADE
06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2017

João Vitor
JOÃO VITOR CECILIO PUNHE

65807059905
CE161764037

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2000010225936 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
913.159.133-72 11/05/1983

FILIAÇÃO
FRANCISCO FARIAS DA
SILVA
IOLANDA HOLANDA DA
SILVA

PERMISSÃO ACC CATEG.
AB

Nº REGISTRO
05036046800

VALIDADE
03/06/2020

1ª HABILITAÇÃO
20/09/2010

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Antonio Marcos Holanda da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
08/06/2015

Idor Vasconcelos Ponte
IDOR VASCONCELOS PONTE

10202346030
CE147879248

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1151121180

PROIBIDO PLASTIFICAR

1151121180

PROCURAÇÃO

Outorgante ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA
Estado Civil SOLTEIRO Profissão VENDEDOR
Residente Av VALPARAISO, 894 Bairro CONS PALMEIRAS
Município FORTALEZA UF CE Nascido 11/05/1973 CPF 913.159.133-72
RG 2000010225936 Emissor SSP Em 1/1/

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral, 676- Parque Santa Rosa, Município de fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com. Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr.(a) ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA
Ocorrido em 18/03/2018

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e sguradora lider, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP,VG,danos corporais,RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista,seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDI.ZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrência, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros

24 , DE 07 , DE 2020

x Antônio Marcos Holanda da Silva.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208991/20

Vítima: ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA

CPF: 913.159.133-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/03/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS
HOLANDA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

ANTONIO MARCOS HOLANDA DA SILVA : 913.159.133-72

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: 27/07/2020
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/07/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva