

 **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 **WEB1.20.01499334-1** em **13/10/2020 16:51:14**.
- 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 : 0255451-83.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01499334-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 13/10/2020 16:51:14

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* : 2758418_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2758418_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-16.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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ARI ALVES MENDONCA**

Nº Sinistro: **3180347161**
Vitima: **ARI ALVES MENDONCA**
Data do Acidente: **25/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FELIPE REINALDO RABELO LEAL**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180347161**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARI ALVES MENDONCA**

Nº Sinistro: **3180447698**

Vitima: **ARI ALVES MENDONCA**

Data do Acidente: **25/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180447698**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARI ALVES MENDONCA**
Nº Sinistro: **3180447698**
Vitima: **ARI ALVES MENDONCA**
Data do Acidente: **25/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FELIPE REINALDO RABELO LEAL**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180447698**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARI ALVES MENDONCA**
Nº Sinistro: **3180447698**
Vitima: **ARI ALVES MENDONCA**
Data do Acidente: **25/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FELIPE REINALDO RABELO LEAL**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180447698**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180447698

Vítima: ARI ALVES MENDONCA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FELIPE REINALDO RABELO LEAL

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180447698
Vítima: ARI ALVES MENDONCA

Cidade: Fortaleza
Data do acidente: 25/06/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MÚLTIPLAS COSTELAS À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

771.145.073-72

Ani Silves Mendonça

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ani Silves Mendonça

CPF titular da conta

771.145.073-72

Profissão

Autônomo

Endereço

Rua - Barre

Número

31

Complemento

Bairro

Pici

Cidade

Fortaleza

Estado

ce

CEP

60510-570

Email

Telefone (DDD)

85 9147.7500

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1887 (Informar dígito se existir)

44204 (Informar dígito se existir)

4 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

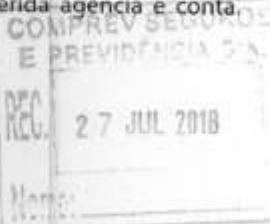
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

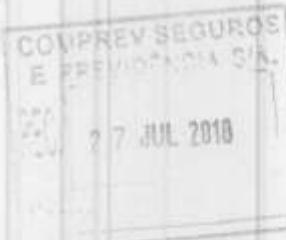
Fortaleza, 20 de julho de 2018.

Local e Data



Ani Silves Mendonça
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180447698
Nome do(a) Examinado(a): Ari Alves Mendonça
Endereço do(a) Examinado(a): R Bage, 31
Pici Fortaleza CE CEP: 60510-570
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94027012466
Data local do acidente: [25/06/2018]
Data local do exame: [19/12/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURAS MÚLTIPLAS DE COSTELAS À DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO COM COLETE, SEM FISIOTERAPIA

Complicações: SEM

Data da Alta: 04/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LESÃO NERVOSA INTERCOSTAL COM LIMITAÇÃO ANTÁLGICA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA RESIDUAL DE ESTRUTURA TORÁCICA PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICOS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.

% do dano: **(X) 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3082 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **19/07/2018 14:05:09**

Data / Hora da Ocorrência: **25/06/2018 17:40:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA PROFESSOR EDGAR ARRUDA**

Complemento:

Bairro: **HENRIQUE JORGE**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARI ALVES MENDONÇA**

Nascimento: **03/05/1977** CPF: **771.145.073-72**

RG: **94027012466** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MAURICIA ALVES MENDONÇA**
FRANQUIM RODRIGUES MENDONÇA

Endereço: **RUA BAJE, 31**

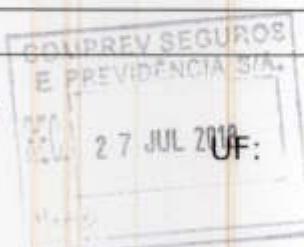
Bairro: **PLANALTO PICI**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 98672-4706**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRC4759** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BM3840679B666720** Renavam: **170091597** Tipo do Veículo: **ONIBUS**
Marca / Modelo: **M.BENZ/MPOLO TORINO U** Ano Fabricação: **2009** Ano
Modelo: **2009** Combustível: **DIESEL** Cor: **AZUL** Proprietário: **EMP DE
TRANSP SANTA MARIA LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PMK4287** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810FR423377** Renavam: **1040454027** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ARI ALVES MENDONCA** Situação: **NÃO
INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMK-4287 NA RUA PROFESSOR EDGAR ARRUDA, A VITIMA INFORMA QUE A SINALIZAÇÃO DE PREFERENCIAL ESTAVA ENCOBERTA POR ARVORES E A SINALIZAÇÃO DE "PARE" QUE FICA NA VIA NÃO TINHA, QUE A VITIMA PAROU OLHOU PARA OS LADOS E SEGUIU VINDO A COLIDIR COM UM ONIBUS DE PLACAS NRC-4759, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.
//////////

OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3082 / 2018

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

José Alves Mendonça

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

REC 27 JUL 2018

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Ari Alves Mendonça CPF da Vítima 771.345.073-72 Data do Acidente 25/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal		CPF do Representante legal
Email		Telefone (DDD) <u>85.9147.7500</u>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Fortaleza, 20 de julho de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. Ari Alves Mendonça, no dia 25/06/2018, às 18h10min, na Rua Professor Edgar Arruda, no Bairro Henrique Jorge, vítima de acidente de trânsito.

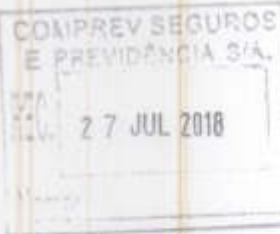
Documento requerido por meio do Processo nº P260467/2018.

Fortaleza, 10 de julho de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



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: 26/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARI ALVES MENDONCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000044204-4

Nr. da Autenticação EACABACFF0379879



Nº de Inscrição:

004664310

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARI PIRES MENDONCA

Endereço: Rua BORGES 31, PICO

Cidade: FORTALEZA

Estado: Ceará

CEP: 60000

Número: 001

Data: 03/3

Salto: 00

Queda: 0173

Subsídio: 00

Lata: 0097

CNPJ: 00000

TIPO DE USO:

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

NOTA DE CORREÇÃO SOBRE MEDIDOR

Período:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Final:

Volume(m³):

Média Diária(m³):

ROUR

ROSL-1417-13

670

684

14

16

PERÍODO:

Data: 14/06/2018

Data: 14/06/2018

Data: 14/06/2018

Última Leitura:

Data: 05/2018

Data: 07/2018

Data: 07/2018

Última Leitura:

Data: 01/2018

Data: 01/2018

Data: 01/2018

Última Leitura:

Data: 01/2018

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 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 FELIPE RENALDO RABELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 785.408.873 /04 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ARI ALVES MENDONÇA inscrito (a) no CPF sob o No 771 145.078-72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ARI ALVES MENDONÇA, inscrito (a) no CPF sob o No 771 145.073/72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

I - 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 DO ROSÁRIO</u>			Número	Complemento
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>FORTALEZA</u>	<u>77</u>	<u>SL 1402</u>
Email				Estado	<u>CEARÁ</u> CEP <u>60.055-90</u>
				Telefone comercial (DDD)	<u>3279.7800</u> Telefone celular (DDD)
					<u>8.9793.9084</u>

FORTALEZA, 23 de JULHO de 2018
Local e Data

F. L. R.
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

Nº. 27 JUL 2018



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE +
HOSPITALAR

Emitido em: 18/07/2018 12:44:3

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

**Registro de Atendimento
Emergencial****REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 25/06/2018 18:37:24

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS:	NOME: ARI ALVES MENDONCA			Registro: 5568844
CPF: 771.145.073-72	RG: 94027012466	D. NASC: 03/05/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RACA/COR:
NOME DA MÃE: MAURICIA ALVES MENDONCA		NOME DO PAI: FRANQUIM RODRIGUES MENDONCA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: BAGE	Nº: 31	BAIRRO: PICI	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988168711	MUNICIPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60510570

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU USB 06 UFC COND. MENEZES	PARENTESCO:	TELEFONE:
-------------------------------------	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus

QUEIXAS: COLISAO MOTO / ONIBUS APRESENTANDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + DOR FORTE + PA+110/50MMHG

OBSERVAÇÕES: DOR ABDOMINAL/FORTE

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA
-----------------------------------	----------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

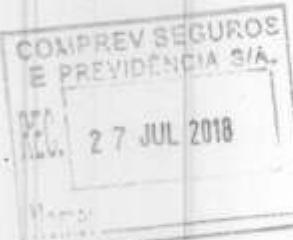
Conduta: DATA 18/07/18
MATRÍCULA 10-888-1111

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: SERVICO

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: neuroData: 25/06/18 às : h

RE: coluna vertebral - ombros

CCG15

TE só cérvico. Sem lesões retroescapulares

FC de coluna cervical: normal

CONDUTA: observar os PNR

Dr. Gilnard C. da Costa
CRM 10613 / 6942
Neurocirurgião

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: TOData: / / às : h

Politranuma p/ desprendimento

abd flaccido, náuseas FST

Dor em HTD em reg. PNL - Lombar

CONDUTA: alta cir. geral

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: peq. curvatura lombossacra Data: / / às : h

Guscetex, constata. D2 MO ORBZ

Diego Germano
CRM 11955
CRM 10110
CRM 10110
CRM 10110

DS/06/18

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

Rt-a sem alterações ósseas agudas.

CONDUTA: ps. alta ja t.s.

Jose Guilherme Militão Maciel
Ortopedia - Traumatologia
CRM 7408

Data: 25/06/18 às : hPARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Vascular

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

Politranuma. Fratura de costelas - dor no
epíforo, esterno. Raio X: sin. bres ou prendedor
G1: fulgurante e obscuras. Repetir Rx torax e
CONDUITA: glu

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

1) Sonda vesical se demora

2) Traumal 100mg + 100ml SF ev. Agua

3) Picinal 2:13 ml AD ev. Agua

Diego Germano
CRM 11955
CRM 10110
CRM 10110
CRM 10110
CRM 10110

19

19

19

4) Dipirona 277 + 100ml SF ev. Agua

5) Propranol 100g + 100ml SF ev. Agua

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

19

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(h)

P.A: 100 mm Hg

DT: 67 mm Hg

FC: 105 bpm

FR: 16 bpm

DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA

Transferência _____ Internação Alta Médica Alta à pedido Evasão
 Óbito

Data: / / às : h Ass./Carimbo Médico: _____

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: Sim Não Data: / / às : hDestino do corpo: PEFOCE SVO FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico: _____



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE SUS

HOSPITALAR

Emitido em: 26/06/2018 18:43:44

Por: ANDREA TOME SOMBRAS

SC 551

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					DATA/HORA:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					25/06/2018 18:37:24	
CNS:	NOME: ARI ALVES MENDONCA			Registro: 5568844		
CPF: 771.145.073-72	RG: 94027012466	D. NASC: 03/05/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACA/COR:	
NOME DA MÃE: MAURICIA ALVES MENDONCA			NOME DO PAI: FRANQUIM RODRIGUES MENDONCA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: BAGE		Nº: 31	BAIRRO: PICI	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 988168711		MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60510570
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: SAMU USB 08 UFC COND. MENEZES		PARENTESCO:		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus						
QUEIXAS: COLISAO MOTO / ONIBUS APRESENTANDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + DOR FORTE + PA=+110/50MMHG						
OBSEVAÇÕES: DOR ABDOMINAL/FORTE						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Forte	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese: Paciente vítima de colisão moto-ônibus, com capacete, sem perda de consciência, mas com desorientação.						
Exame Físico: Ao exame: ECG: 15 PIFR - PA: 164x97(114) mmHg FC: 103 bpm SPO ₂ : 98% Conduta: AC: RCR/AT APG: distendido, terno, doloroso, borbzoma TCP: MV(+)/IRA EXT: perfundidas						
TEMPO NECESSARIO PARA OBSERVAÇÃO: # CD: TCC + cinesiologia SVD						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: RX tórax e bexiga						
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: FAST						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA				

19h Ari, ♂, 419, politrauma, moto x ônibus.
ECG = 15, onda cervical, escoriações diversas.
ausculta limpa, acústico NSE em HV. Abd
distendido e doloroso ao toque, paroxsísmo
100 ml diurese clara, refere dor no quadril,
mobiliza todos os membros.
Sauda exames. PA: 164 x 97 (114) mmHg
SpO₂ = 100%. P = 100 bpm. G = 117 mg/dL

EMERGENCY ATTENTION

KC < 25ug

Paciente refere enjugo. Unimed.
INVESTIGAÇÃO
BEIJADO 26/06/2018 Kelly

Página 1 de 1





PRESCRIÇÃO MÉDICA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: <u>Ani Alves Mendonça</u>			Nº Reg./Prontuário: <u>5568844</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Enfermaria:	Leito:	Data Nascimento: <u>/ /</u>
Diagnóstico:			
DATA	HORA	DADOS CLÍNICOS	
25/06/18	(19:45)	Paciente acordado, verbalizando. Oxigenação em ar ambiente. Sat. 97%. PA= 120x73(89) mmHg. Encaminhado p/ realização de exames, conforme solicitação médica. Enfa Pita Neuma Dantab	
26/06/18	(21:30)	Paciente realizou exames de imagem. Aguarda parecer do neuro, od e cirurgião geral. Enfa Pita Neuma Dantab	
25/06/18	(21:15)	Paciente transferido p/ unidade de traumatologia. Demasiada tagão de RX de fratura a ser realizado amanhã às 06hs. Enfa Pita Neuma	
<p style="text-align: right;">CORPO CLÍNICO 125966 Enfermeira Rita Neuma Mendonça da Silva</p> <p style="text-align: right;">CORPO CLÍNICO 125966 Enfermeira Rita Neuma Mendonça da Silva</p> <p style="text-align: right;">CORPO CLÍNICO 125966 Enfermeira Rita Neuma Mendonça da Silva</p>			
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A			
27 JUL 2018			



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ARI ALVES MENDONÇA	ID Paciente: 5568844
Data de Nascimento:	Idade: null
Médico Solicitante: (Sem nome)	Sexo: M
LAUDO	

ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL – FAST

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor convexo de 3,5 MHz direcionado à detecção de líquido livre em cavidade abdominal. Realizado estudo pormenorizado dos principais recessos abdominais, espaços hepatorrenal, esplenorrenal e região pélvica.

- AUSENCIA DELÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL
- Fígado, baço e rins sem alterações ecográficas relacionadas ao trauma.

Pablo Picasso de Araújo Coimbra
CRM CE 6806



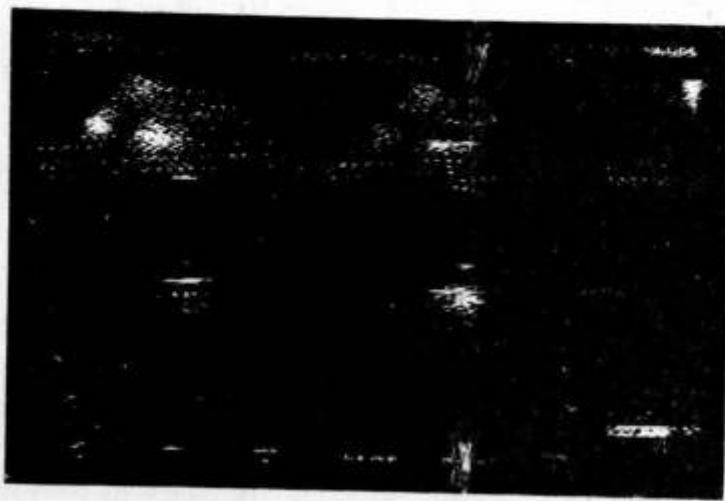
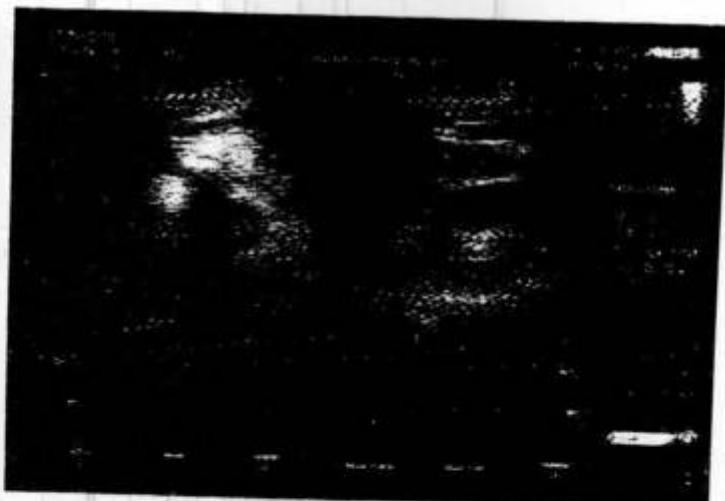
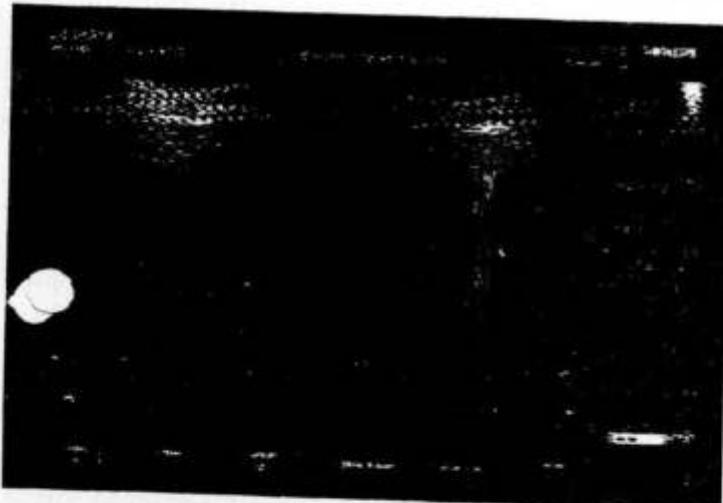
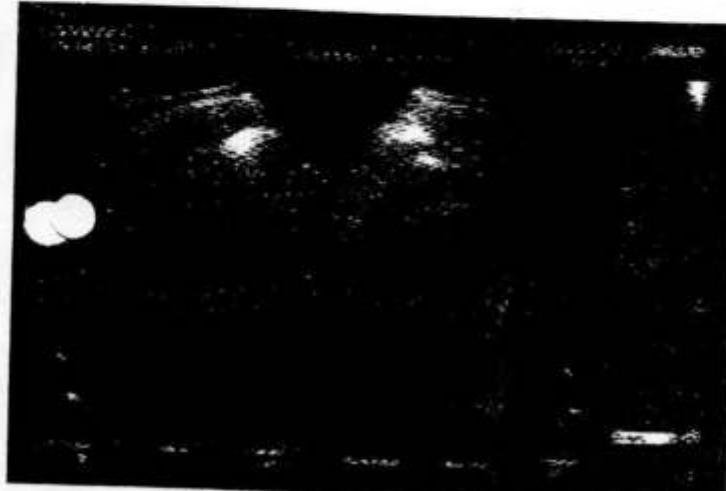


COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA SA

27 JUL 2018

Paciente (5568844): ARI ALVES MENDONÇA

Sexo: MASCULINO Data: 25/06/2018





ENCAMINHAMENTO DO COLABORADOR AO INSS PARA O SETOR PESSOAL

AO SETOR PESSOAL:

ENCAMINHAR O(A) COLABORADOR(A) ARI ALVES MENDONCA, RE 25025370, AO
INSS - AUXÍLIO DOENÇA PREVIDENCIÁRIO, ESPÉCIE Nº31

OBSERVAÇÃO: RECONHEÇO 08(OITO) DIAS DO ATESTADO EMITIDO POR DR
MANOEL HELDER PINTO, CRM-CE 4698 E 07(SETE) DIAS DO ATESTADO EMITIDO
POR DR PEDRO GOMES CRM-CE 16428, AO INSS A PARTIR DE 10/07/2018 CID
S22.3/CIDV24.4, PARA PEDIDO DE AUXÍLIO DOENÇA PREVIDENCIÁRIO

FORTALEZA, 29 de Junho de 2018.

Dra. Anamara de Oliveira Lima
Médica do Trabalho
CREMEC-CE 4053

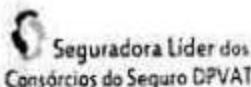
Dra. ANAMARA DE OLIVEIRA LIMA
CRM 4053

Ari Alves Mendonça
Colaborador
ARI ALVES MENDONCA

RECEBIDO: _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352375/18

Número do Sinistro: 3180447698

Vítima: ARI ALVES MENDONCA

CPF: 771.145.073-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: ARI ALVES MENDONCA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 22/10/2018

Nome: FELIPE REINALDO RABELO LEAL

CPF: 785.408.873-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

FELIPE REINALDO RABELO LEAL

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

A SEGURADORA LIDER

SINISTRO: 3180/447698

CPF: 771.145.073-72

Eu, ARI ALVES MENDONÇA, venho por meio desta, solicitar a continuidade do meu processo do seguro DPVAT, pois já enviei toda documentação médica entregue no hospital, solicito que marquem uma perícia médica, visto que já estou de alta definitiva e me encontro com sequelas permanentes devido este acidente, toda documentação médica já se encontra na Seguradora Líder.

Fortaleza/Ce, 18 de Outubro 2018

X Ari Alves Mendonça



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <i>ARI ALVES MENDONÇA</i>	Nacionalidade: <i>BRASILEIRO</i>		
Estado Civil: <i>SOLTEIRO</i>	Profissão: <i>VIGILANTE</i>	Carteira de Identidade: <i>94027012466</i>	
CPF nº: <i>7711415073-72</i>	Endereço: <i>RUA BRIGÉ N° 31</i>		
Bairro: <i>PLANO SUL - PIPI</i>	Cidade: <i>FORTALEZA</i>	Estado: <i>CEARA</i>	CEP: <i>60510-570</i>

OUTORGADO:

Nome: <i>EDUARDO REINALDO RABELO LEAL</i>	Nacionalidade: <i>BRASILEIRO</i>		
Estado Civil <i>SOLTEIRO</i>	Profissão: <i>ADVOGADO</i>	Carteira de Identidade: <i>314482096</i>	
CPF nº: <i>785.408.873-04</i>	Endereço: <i>R. DO ROSARIO 77 SAL 1402</i>		
Bairro: <i>CENTRO</i>	Cidade: <i>FORTALEZA</i>	Estado: <i>CEARA</i>	CEP: <i>60.056-90</i>

Por este instrumento particular de procuração, O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Inter e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade DO OUTORGANTE a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados AO OUTORGADO.

FORTALEZA 10/2018 23 de JULHO de 2018.

X Ari Alves Mendonça OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <i>ARI ALVES MENDONÇA</i>	Nacionalidade: <i>BRASILEIRO</i>		
Estado Civil: <i>SOLTEIRO</i>	Profissão: <i>VIGILANTE</i>	Carteira de Identidade: <i>94027012466</i>	
CPF nº: <i>7711415073-72</i>	Endereço: <i>RUA BRIGÉ N° 31</i>		
Bairro: <i>PLANO SUL - PIPI</i>	Cidade: <i>FORTALEZA</i>	Estado: <i>CEARA</i>	CEP: <i>60510-570</i>

OUTORGADO:

Nome: <i>EDUARDO REINALDO RABELO LEAL</i>	Nacionalidade: <i>BRASILEIRO</i>		
Estado Civil <i>SOLTEIRO</i>	Profissão: <i>ADVOGADO</i>	Carteira de Identidade: <i>314482096</i>	
CPF nº: <i>785.408.873-04</i>	Endereço: <i>R. DO ROSARIO 77 SAL 1402</i>		
Bairro: <i>CENTRO</i>	Cidade: <i>FORTALEZA</i>	Estado: <i>CEARA</i>	CEP: <i>60.056-90</i>

Por este instrumento particular de procuração, O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Inter e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade DO OUTORGANTE a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados AO OUTORGADO.

FORTALEZA 10/2018 23 de JULHO de 2018.

X Ari Alves Mendonça OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352375/18

Vítima: ARI ALVES MENDONCA

CPF: 771.145.073-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: ARI ALVES MENDONCA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FELIPE REINALDO RABELO LEAL : 785.408.873-04

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

ARI ALVES MENDONCA : 771.145.073-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 25/09/2018
Nome: FELIPE REINALDO RABELO LEAL
CPF: 785.408.873-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

FELIPE REINALDO RABELO LEAL

LILIANA MARIA PEREIRA