



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 **WEB1.20.01529113-8** em **28/10/2020 14:53:12**.
- 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 : 0914366-86.2014.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01529113-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 28/10/2020 14:53:12

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* : 2760315_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2760315_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2014

Carta nº: 4538109

A/C: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

Sinistro: 2014466315
Vitima: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA
Data Acidente: 12/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2014

Carta nº: 4843177

A/C: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

Sinistro: 2014466315
Vítima: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA
Data Acidente: 12/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

Valor: R\$

Banco: 104

Agência: 000000619

Conta: 0000015459-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos, em grau médio = 12,50%	R\$	1.687,50
Total avaliado:	R\$	1.687,50
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014466315 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOAO PAULO II nº 21 - ALDEOTA - FORTALEZA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 93002188996 - SSP**
Data local do exame: **28/07/2014 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO COTOVELO A ESQUERDA.

IV. 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

COTOVELO ESQUERDO.

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 28/07/2014

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957


Dr. Flávio Eduardo Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 31/07/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00619

CONTA: 000000015459-5

Nr. da Autenticação 37C815FA9ADDC23B



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2014/466315

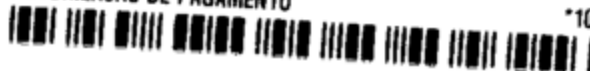
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Helio Pereira de Lima
 PORTADOR(A) DO RG Nº 93002488996 EXPEDIDO POR SSP RJ EM / / E
 CPF 613391973-39 / CNPJ - - , PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO Helio Pereira de Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

05 MAIO 2014

PÁGINA: 1

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0619 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 15459-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Porto Alegre - RS DATA 28/04/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco Helio Pereira de Lima

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG ESTRADA DO FIO
DATA: 27/05 /2014 HORA: 20:16:12
TERMINAL: 44201003 CONTROLE: 442010030433

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGENCIA : 2558 / MESSEJANA
CONTA : 013.00.083.908-8
NOME : CARLOS EDUARDO MACIEL DE ARAUJO

FAVORECIDO
CGC/AGENCIA : 0619 / DEL PASSEO
CONTA : 013.00.015.459-5
NOME : FRANCISCO HELIO PEDREIRA DE LIMA

VALOR : 2,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 27/05/2014

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



**CONTATO PARA AGENDAMENTO DE
PERICIA:**

(85) 3252-5645

(85) 9728-7940

EMAIL: dpvataquifortaleza@hotmail.com



Width1Wi
dth3Widt
h993Widt
h3Widt8
643



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

POLÍCIA CIVIL
34º DP

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS

Nº B.O.: 134-16170/2014 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 09/06/2014 13:20

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 12/04/2014 06:30

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: AV, WASHINGTON SOARES
EDSON QUEIROZ FORTALEZA/CE

PONTO DE REFERÊNCIA:

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Informa a vítima que no local e data acima citado, trafegava na motocicleta de placa OZA1578, chassi 9C2KDO540ER025145, cor vermelha, modelo NXR 150, ano 2013, de propriedade do mesmo, quando foi entrar na rua, o pneu da motocicleta derrapou e o mesmo veio a cair ao solo, deslocando a junta do cotovelo esquerdo. Nada mais disse.

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 17/12/1978

FILIAÇÃO: FRANCISCO ALVES DE LIMA

MARIA DE FATIMA PEREIRA DE LIMA

ENDEREÇO: R JOAO PAULO II 21

ALDEOTA 00.000-000

FORTALEZA/CE

TELEFONE: 87327122

➤ DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

[Handwritten signature]

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

12 JUN. 2014

PÁGINA: 5

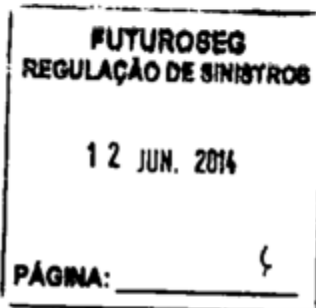
DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 26. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[assinatura]*

MATRÍCULA: 1561 --

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Helio Pereira de Lima.*

VISTO DO DELEGADO(A): _____



DECLARAÇÃO DE /

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1004029

Eu, Francisco Helio Pereira de Lima, portador da carteira de identidade nº 93002188996 e inscrito no CPF/MF sob o nº 613.341.973-37, residente e domiciliado na rua: João Paulo II, 21 - Aldeota, Cidade Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
05 MAIO 2014
PÁGINA: <u>2</u>

Fortaleza - Ceará - 28/04/2014

Local e data



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/04/2014 06:30	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704504343627910	NOME: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA			Registro: 5211201	
CPF:	RG:	D. NASC.: 17/12/1978	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA PEREIRA LIMA			NOME DO PAI: EBANISCO ALVES DE LIMA		
TIPO DE LOGRADOURO: RUA		ENDEREÇO DO PACIENTE: JOAO PUALO II		Nº: 21	BAIRRO: ALDEOTA
COMPLEMENTO:	TELEFONE DE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP:	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA		PARENTESCO:		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista.					

QUEIXAS: deslocamento do cotovelo esquerdo		
OBSERVAÇÕES:		
SINAIS VITAIS		
PRESSÃO ARTERIAL	0	MMHG
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	MRM
FREQUÊNCIA CARDÍACA	0	QCM
TEMPERATURA	36,00	°C
GLICEMIA	0	MG/DL
SATURAÇÃO DE O2	0	O2
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA		

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*10040



SERCOPIO
ESTA CÓPIA CONFERE COM A ORIGINAL

DATA 28/04/14

Matrícula

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

05 MAIO 2014

PÁGINA: 8

RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

F^{le} HEJO P. Jma (354)

João

① PROFILAX 100g ———— 03x.

— TOMAR OS CS. 12/12H.

— O TAMA AUTO-PAGAR MSE.

— RETORNAR dia 18/04/14, 7H.

Obs: USAR - NEMCA GRAVELO.

Data: 12/04/14.

Assinatura e Carimbo do Médico.

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

05 MAIO 2014

PÁGINA: _____

José Roberto Milião Maciel
Ortodontia - Neu. Ortodontia
CREMEC 7409

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.903 Versão 1 - 01/02/05 - Via Única - Formato A5 (148x210).

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIFICACAO / ORD. LIMITE: 93002188996 SSP CE

CPF: 613.341.973-34 DATA NASCIMENTO: 17/12/1978

PRENOME: FRANCISCO ALVES DE LIMA
MORADA: MARIA DE FATIMA PEREIRA DE LIMA

PERMISSAO: PERMISSAO ACC: CALHUA: A

VALIDADE: 12/08/2014 1ª RENELEACAO: 12/08/2013

SEM OBSERVAÇÃO:

Francisco Helio Pereira de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSAO: 16/08/2013

1m V. de F. A.
ASSINATURA DO EMISOR

65675065138
CE136200036

DETRAN-CE (CEARA)

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
819326420

PROBILIDADE PLASTIFICAR
819326420

FUTURO SEQ
REGULACAO DE SINISTROS

05 MAIO 2014

PAGINA: _____

PROCURAÇÃO

Nome: _____
Nacionalidade: _____, estado civil: _____
Profissão: _____

RG: _____ SSP/ _____ CPF: _____

Logradouro: _____
_____, Nº _____, Compl _____
Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____, UF: _____ Tel: _____

OUTORGADO: DAYANA RABELO LEAL, brasileira, casada, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº. 28.367, email: dayanaleal86@hotmail.com, com escritório profissional situado na Rua XV de Novembro, 1106, Centro, Baturité - Ceará, Fone: 86478414/96518692, onde recebe intimações, notificações, etc.

PODERES: Para o FORO EM GERAL, com Cláusula "*ad-judicia et extra*", para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Baturité (CE), ____ de _____ de 2014.

Marina Grazielle do Nascimento

Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010822019504

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ENTRIC EXERCÍCIO
ROSI 01 995467137 0000000000 2014

FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

FORTALEZA/CE

61334197334 OZA1578

9C2KD0540ER025145

PAS/MOTOCICLO/NAO/ARLICE/FALCO/GASOL

HONDA/NXR150-BROS-ESD

2E/0CV/149CC

VERMELHA

1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

AL FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND

A LTDA

FORTALEZA

28/02/2014

CE Nº 010822019504 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

61334197334 OZA1578

9C2KD0540ER025145

HONDA/NXR150-BROS-ESD

VERMELHA

1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO

00/00/0000

AL FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND

A LTDA

FORTALEZA

28/02/2014

05 MAIO 2014

PAGINA:

1004032

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE:

NOME: <u>Maria Gacile dos Reis</u>	
RG	SSP/CE
CPF:	
ENDEREÇO: <u>30298060/8533457</u>	

CONTRATADO PELA EMPRESA DPVAT AQUI, podendo ser intimado à Rua Barão do Rio Branco, 1853, Lj. b
 SI 03 - José Bonifácio, Tel. (85) - 3252-5645 / 0832-9973 / 0750-2890.

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si como justo e combinado o presente contrato de prestação de serviços que se regerá pelas cláusulas e condições adiante articuladas:

1. DO OBJETO DO CONTRATO

O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços inerentes ao corretor de seguros para conseguir em nome do CONTRATANTE quaisquer valores referentes ao Seguro Obrigatório (DPVAT).

2. DOS SERVIÇOS

- 2.1 OS Serviços a serem prestados compreenderão:
 - 2.2.1 Elaboração de defesa escrita e apresentação na respectiva vara;
 - 2.2.2 Comparcimento às audiências até a sentença de 1ª instância;
 - 2.2.3 Atendimento e orientação ao Contratante na referida causa.

3. DO VALOR:

- 3.1 A Remuneração a serem prestados compreenderão:
 - 3.1.1 Valor de 30 % (trinta por cento), por ações a título de despesas do corretor de seguro, devendo tal valor ser pago concomitante com o recebimento do valor do Seguro Obrigatório (DPVAT). Tal Valor não será devido caso o CONTRATADO não consiga a liberação de algum valor.

- 3.1.2 Em caso de desistência contratual o CONTRATANTE deverá pagar uma taxa referente administrativos no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

4. DA VALIDADE:

- 4.1 O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial:

5. DO FORO:

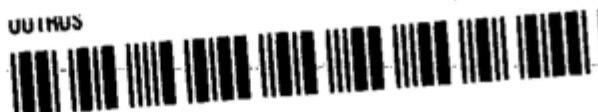
As partes elegem como competente para qualquer ação decorrente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja o foro da Capital de Fortaleza.
 E por estarem assim de pleno e comum acordo com as condições estaduais no presente instrumento as partes contratante o assinaram com 2 (duas) testemunhas em 2 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito.

Fortaleza-Ce, _____ de _____ 20__

Contratante: Maria Gacile dos Reis
 Contratado: Maria Gacile dos Reis

001HUS

1004034

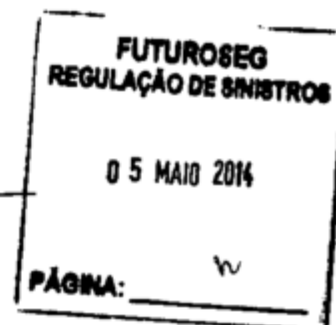
**SETOR DE PERICIAS MÉDICAS****SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**

EU Francisco Helio pereira de Lima
RG.: 93002188996 CPF: 613.341.973-34
ENDEREÇO: Rua: João Paulo II Nº 01
BAIRRO: Aldeota CIDADE: Fortaleza
ESTADO: Ceará
CONTATOS: (85)3252-5645 / 8609-3066
EMAIL: dpvataquifortaleza@hotmail.com

Venho por meio desta informar que estou disponível nestes
endereços, telefones, email citados ficando assim o prazo previsto em lei 6
194/74 do Seguro Dpvat.

Francisco Helio Pereira de Lima

Assinatura

Fortaleza - Ceará - 28/04/2014

Local e Data

Curitiba, 05 de Maio 2014.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Francisco Helio Pereira de Lima
End: Rua Joao Paulo II, 21
Cidade: Fortaleza/CE

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –
Sinistro de Invalidez – FRANCISCO HELIO PEREIRA DE LIMA

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos os documentos do processo acima mencionado em 05/05/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- **Deverá ser apresentado junto ao processo;**

1. **Conta e extrato bancario em nome da vitima;**
2. **Boletim de ocorrencia.**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consortio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Françoise Rube Pereira de Lima
DATA DO ACIDENTE 11/03/2014 CPF DA VÍTIMA 613.341.973-34
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É _____)
ENDEREÇO DO PORTADOR rua João Paulo VI BAIRRO Adelto
Nº 21 COMPLEMENTO _____
CIDADE Fátima UF CE CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (a) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (b) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (c) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (d) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (e) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA DATA DEFINITIVA
- (f) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (g) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (h) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (i) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (j) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (k) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (i) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (j) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (k) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (l) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DE CORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (m) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRAS
- (n) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (o) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (p) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (i) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (j) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (k) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 022 1234

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

05 MAIO 2014
FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014466315

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez

Vítima: FRANCISCO HELIO
PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 12/04/2014

Emissor do parecer: Suelen
Rodrigues
Nogueira

Seguradora: MBM SEGURADORA
S/A

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços

CRM do médico: 52575957

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO COTOVELO A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 28/07/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: FLAVIO EDUARDO HADDAD

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014466315

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez

Vítima: FRANCISCO HELIO
PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 12/04/2014

Emissor do parecer: Ricardo
Sampaio
Coloni

Seguradora: MBM SEGURADORA
S/A

Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA

CRM do médico: 312915

PARECER

Data da análise: 02/07/2014

Valoração do IML: 0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em segmento corporal do MSE

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Arnaldo Kacelnik

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00