

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200096906**

**Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 01/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200096906**

**Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 01/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

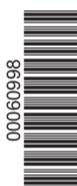
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200096906**

**Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 01/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**

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\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

**Recebedor: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**

**Valor: R\$ 2.193,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000003281**

**Conta: 0000047618-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200096906

Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 16192998



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096906 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA Data do acidente: 01/01/2019 Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO EXTERNO-CLAVICULAR ESQUERDA  
FRATURA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO  
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES NO TERÇO DISTAL DA PERNAS ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO RESIDUAL DE ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO. BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º QUIRODÁCTILO. BLOQUEIO LEVE DE FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
<b>Total</b>		<b>16,25 %</b>	<b>R\$ 2.193,75</b>	

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Antônio Domingues Teixeira</i>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					
5 - Nome completo:	<i>Antônio Domingues Teixeira</i>		6 - CPF:	<i>375.576.973-91</i>	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Rua Serona	9 - Número:	<i>378</i>	
11 - Bairro:	São Miguel	12 - Cidade:	Caucara	13 - Estado:	<i>CE</i>
14 - CEP:	<i>60000-000</i>		15 - Tel. (DDD):	<i>(85) 9872-41586</i>	
16 - E-mail:					

## 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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

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

AGÊNCIA: *3281*

CONTA: *47618 7*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

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

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

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

40 - Local e Data,

*Caucara 2000.2020.*

*Antônio Domingues Teixeira*

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

**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: 3200096906  
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Domingues Teixeira  
Endereço do(a) Examinado(a): R Verona, 378  
S Caucaia CE CEP: 61640-120  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 39022037176  
Data local do acidente: [ 01/01/2019 ]  
Data local do exame: [ 12/03/2020 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**LUXAÇÃO EXTERNO-CLAVICULAR ESQUERDA  
FRATURA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO  
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES NO TERÇO DISTAL DA PERNAS ESQUERDA**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA PARA O OMBRO ESQUERDO E PARA O 3º QUIRODÁCTILO DIREITO. REALIZADA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES NA PERNAS. ANTIBIOTICOTERAPIA PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

**Complicações: INFECÇÃO DE PARTES MOLES NA PERNAS ESQUERDA.**

Data da Alta: 02/03/2020

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO RESIDUAL DE ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO. BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º QUIRODÁCTILO. BLOQUEIO LEVE DE FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.**

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

Sim       Não

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

Sim       Não

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

**SEQUELA FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO, LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO E GRAVE DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO 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):

**OMBRO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**3º DEDO DA MÃO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% 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



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

Impresso nº 2019164020



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 787 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2019 14:14:46**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/01/2019 06:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FERNANDES TAVORAS**  
Complemento:  
Bairro: **AUTRAN NUNES** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA**  
Nascimento: **13/08/1965** CPF: **775.576.973-91**  
RG: **99012057176** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **RAIMUNDA TEIXEIRA DE HOLANDA**  
**MANOEL DOMINGUES BATISTA**  
Endereço: **RUA VERONA, 378**  
Bairro: **SÃO MIGUEL**  
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98545-0850**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUM0575** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2JC250TTR004336** Renavam: **648064298** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação:  
**1996** Ano Modelo: **1996** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL**  
Proprietário: **SEBASTIAO ALMEIDA PINHO** 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 HUM-0575 NA AV. FERNANDES TAVORAS QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU O SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.

//////////

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

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

**FABIANE ROCHA MOTA LOPEZ - MAT.: 133820-1-8**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Antônio Domingos Teixeira</i>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					
5 - Nome completo:	<i>Antônio Domingos Teixeira</i>		6 - CPF:	<i>375.576.973-91</i>	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Rua Serona	9 - Número:	<i>378</i>	
11 - Bairro:	São Miguel	12 - Cidade:	Caucara	13 - Estado:	<i>CE</i>
14 - CEP:	<i>60000-000</i>		15 - Tel. (DDD):	<i>(85) 9872-41586</i>	
16 - E-mail:					

## 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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

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

AGÊNCIA: *3281*

CONTA: *47618 7*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

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

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

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

40 - Local e Data,

*Caucara 2000.2020.*

*Antônio Domingos Teixeira*

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Prefeitura de  
Fortaleza

Maria da Nazaré P. Uchoa  
03/01/2019 08:44:46  
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**SAÚDE**   
HOSPITALAR

Emitido em: 01/01/2019 8:16:56

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA: 01/01/2019 08:44:46
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 700405339886450	NOME: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA			Registro: 5596688		
CPF: 77557697391	RG: 99012057178	D. NASC.: 13/08/1965	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAC/COR: Amarela	
NOME DA MÃE: RAIMUNDA TEIXEIRA DE HOLANDA		NOME DO PAI: MANOEL DOMINGUES BATISTA				
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida		ENDERECO DO PACIENTE: VERONA		Nº: 378	BAIRRO: SAO MIGUEL (JUREMA)	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 89115344,	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61640120		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: DERLANIA PENHA TEIXEIRA		PARENTESCO: FILHA		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNR:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.						0301060029
QUEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS, ECG15						CONSULTA MÉDICA COM OBSERVAÇÃO
OBSERVAÇÕES: SEM USO DE CAPACETE E HALITO ALCOÓLICO						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA						
ATENDIMENTO MÉDICO						

Anamnese:

Pm. 358 - Acid. de hnts

Exame Físico:

+vres si son

Conduta:

Frai. Expon Tibia 69

T C67 Polimyos.

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

01/01/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



HOSPITAL REGIONAL UNIMED

Dra. Nádia Lúcia M. de Cruz CRM 2920  
Pediatra Uniponto 24 horas

Fc 80

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	Prefeitura de Fortaleza
FC: _____	Sat 02:00 %
TG: _____	GLICEMIA* _____
GLASCOW: 0	14 M
* Glicemia Se Diabétic: 48 TCE e História de Diabetes	
Rua Benito do Rio Brilho, 1618 - Centro - CEP 60.025-061 Fortaleza, Ceará, Brasil. (085) 3255.5000	

Arquivo Geral da Prefeitura de Fortaleza  
Esta Cópia Confirma  
Com a Original  
DATA 11/02/2019  
MATRÍCULA 00000000000000000000  
Assinatura: maria nazare uchoa

# 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: 24/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000047618-7

---

Nr. da Autenticação 6753FC6FCE17CDD7



**Fatura Mensal**  
(Pág.: 02/02)



**BradesCard**

ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA  
RUA VERONA 378  
SAO MIGUEL  
60000-000 CAUCAIA CE

Cartão 4282.67\*\*.\*\*\*\*.2018

**OPORTUNIDADE ESPECIAL DE PARCELAMENTO**

Preparamos condições especiais de parcelamento para que você pague sua dívida total em PRESTAÇÕES FIXAS que cabem em seu bolso, a uma taxa de juros promocional de 7,99%. Dessa maneira você poderá se planejar melhor sabendo exatamente o valor fixo mensal a ser pago, a sua dívida é de:

VALOR ORIGINÁRIO EM ATRASO: R\$ 656,89 DATA DE ORIGEM DO ATRASO: 06/08/2018

SALDO DEVEDOR ATUAL : R\$ 1.034,55

DETALHAMENTO DO SALDO DEVEDOR ATUAL:

VALOR PRINCIPAL R\$ 749,79 JUROS R\$ 201,97 MULTA R\$ 13,79 IOF R\$ 1,56

SEGURO R\$ 14,97 TARIFAS R\$ 0,00 ANUIDADE R\$ 52,47

OS VALORES ACIMA FORAM CALCULADOS CONSIDERANDO A DATA BASE EM 25/08/2018.

O valor de suas compras parceladas que vencerão nos próximos meses + encargos (se houver) é de ....R\$ 273,59

Abaixo apresentamos algumas opções de parcelamento para a sua escolha.

À VISTA ..... R\$ 1.308,10

OU 03 PARCELAS FIXAS DE ..... R\$ 469,95

OU 06 PARCELAS FIXAS DE ..... R\$ 261,95

OU 09 PARCELAS FIXAS DE ..... R\$ 193,83

Para aceitar siga atentamente as instruções. Escolha acima a melhor proposta conforme suas condições:

1)faça o pagamento até 06/10/2018 em qualquer agência bancária ou correspondente bancário;

2)REALIZE O PAGAMENTO DA PARCELA NO VALOR EXATO, INCLUSIVE OS CENTAVOS;

No caso de parcelamento, as demais parcelas serão fixas, com vencimento 30 trinta dias após o pagamento da primeira, e automaticamente enviadas para seu endereço de correspondência.

Caso as condições acima não estejam de acordo, ligue para nós para que possamos juntos estudar a melhor maneira para você quitar sua dívida com total segurança e tranquilidade.

IMPORTANTE: após o pagamento dessa fatura, caso o seu CPF esteja incluído nos órgãos de restrição ao crédito em relação a este débito, ele será automaticamente regularizado no prazo de até 5 (cinco) dias úteis. Manteremos o seu cartão bloqueado para compras até a quitação dessa fatura e sua linha de crédito estará sujeita a nova análise.

Telefones para contato: 4004-1203 (Reg. Metropolitanas e Principais Capitais) e 0800-9790203 (Demais Localidades)

Horário de atendimento: segunda a sexta, das 8h às 21h e aos sábados, das 8h às 18h.



**Bradesco**

237-2

23794.15009 90134.872879 23000.224503 1 0000000000000000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA /775.578.973-91 /RUA VERONA ,378 //SAO MIGUEL /CAUCAIA -CE/60000-000				
Sacador/Avalista				
Nossa Número 01348728723	Nº do Documento 00005852	Data de Vencimento 06/10/2019	Valor do Documento R\$ 1.034,55	(=) Valor Pago
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01 / Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.				
Agência/Código do Beneficiário 4150/0002245-4				

**SAC: 0800 730 5030 / SAC Deficiente Auditivo: 0800 722 0099 / Ouvidoria BradesCard: 0800 722 2073**

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO E LOJAS C&A				
Data de Vencimento 06/10/2019				
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01	Agência/Código do Beneficiário 4150/0002245-4			
Data do Documento 06/10/2019	Nº do Documento 00005852	Especie DDC RECIBO	Acoste N	Data Processamento 25/09/2019
Uso do Banco 244	Carteira 09	Especie RS	Quantidade	xValor

Informações de responsabilidade do beneficiário

ATENÇÃO! ESTE ACORDO SERÁ VALIDO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, PARA LIQUIDAR ESTE DÉBITO APÓS ESTA DATA PROCURE UMA LOJA C&A OU ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE COBRANÇA DO SEU CARTÃO E FAÇA UM NOVO ACORDO.

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Pago

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA /775.578.973-91/RUA VERONA ,378 /  
/SAO MIGUEL /CAUCAIA -CE/60000-000

Sacador/Avalista/CNPJ/CPF

237910000000000004150090134872872300022450

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

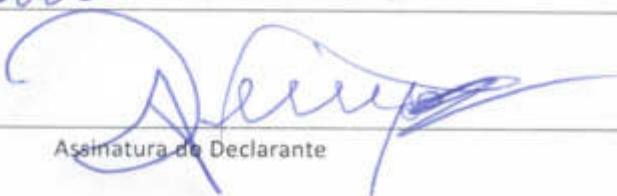
Pelo exposto, eu fori Adenilson heuz de Azuedo.  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.283 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Antônio Domingos Teixeira inscrito (a) no CPF sob o Nº 775.576.973-91  
do sinistro de DPVAT cobertura Ihualudiz da Vítima Antônio Domingos Teixeira  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 775.576.973 / 91, 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:	<u>Rua Bufo Gomes da Silva</u>	Número:	<u>326</u>	Complemento:	<u>-</u>
Bairro:	<u>Parque Sãoidade</u>	Cidade:	<u>Caicó</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:					
	CEP: <u>61603-070</u>				
	Tel(DDD): <u>(83) 987241586</u>				

Local e Data: Caicó 20.02.2020

  
Assinatura do Declarante

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32000 96906

Data da solicitação: 30.09.2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Antônio Domingos Teixeira

CPF do beneficiário: 775.576.973-51

Nome do solicitante: Antônio Domingos Teixeira

CPF do solicitante: 775.576.973-51

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 85 ) 987241586 Tel. Comercial: (        )

DDD

Tel. Residencial: (        )

DDD

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Raucaia 30.09.2020

Local e Data

Antônio Domingos Teixeira

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia e Artroscopia do Joelho  
CRM 10184 TEOT 12042

## LAUDO MÉDICO

NOME: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 11/01/19, ONDE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL IJF COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA MÃO DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ( CLÍNICO  CIRÚRGICO  FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM MARÇO /2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 30 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DOR RESIDUAL NA MÃO DIREITA E DEFORMIDADE NO 3º DEDO DIREITO.

29/09/20  
CAUCAIA 1/1

Clinica Otomedica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676  
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000  
Clinica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966  
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



## PROCURAÇÃO

Outorgante: Antônio Domingos Teixeira, brasileiro(a), estado civil  
Sofrivo, profissão artesano, residente e domiciliado à Rua  
Verona, nº 378, bairro San Miguel, Município de  
Caucaia, Estado de(o) ceara, Cep: 60000-000, portador(a) do Rg  
nº 99012051176, SSP/CE e CPF nº 475.576.973-91

**Outorgado: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o nº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Antônio Domingos Teixeira, ocorrido em 01/01/2019 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo:

Bravado

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Lortalega

12 de fevereiro de 2020.



Assinatura: Antonio Domingos Lacerda

Nome do Outorgante: Antonio Domingos Teixeira

CPF nº 775.576.973-91

 <b>JAIME ARARIPE</b>  SELO DE AUTENTICIDADE <small>REGISTRO DE PESSOAS NATURAIS</small> N.º 02 RECONHECIMENTO DE FIRMA N.º CG 137934	<p><b>Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará</b></p> <p>Bel. Jânio de Alencar - Fazenda Júlio - Tabuleiro   Bel. Guilherme Augusto de Alencar Acampo - Subdistrito Av. Mário Hulla, 4055 - CEP 60375-001 - Fortaleza - Ceará   Fone: (85) 3235-1301   <a href="http://www.jamaisararipe.com">www.jamaisararipe.com</a></p> <p>13074143601   Reconheço por AUTENTICIDADE as(s) assinatura(s) de          == ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA ==          que confere o n<u>º</u> 02, respeito serventia. Sou fô.          Fortaleza, 17 de Fevereiro de 2020, 13074-24. Eu testificando da veracidade          PATRÍCIA LIMA DE ARRUDA TELLES MOREIRA (Asscreveva Autorizada) Total RG 1077          Valido somente com o selo de autenticidade FONE: 3106-2116</p>
---	--

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077289/20

Número do Sinistro: 3200096906

Vítima: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

CPF: 775.576.973-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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: 01/10/2020  
Nome: ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA  
CPF: 775.576.973-91

ANTONIO DOMINGUES TEIXEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS