

---

**Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190548401**

**Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**

**Data do Acidente: 20/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO**

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

**Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**

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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548401                      Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                       |                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações. |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548401                      Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                       |                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações. |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190548401**

**Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**

**Data do Acidente: 20/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**

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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548401

Vítima: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

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\$ 2.531,25 |

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005304-0

Conta: 000009696-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 094.722.193-06 Nome completo da vítima: Laraine Helena da Silva Freitas  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Laraine Helena da Silva Freitas CPF: 094.722.193-06  
Profissão: Recebeu Endereço: Rua Luiz Bento de Freitas Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Distrito Tereza Cidade: Aquinoz Estado: CE CEP: 61700-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 98865.9275

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

## REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5304 CONTA: 9696 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Aquinoz - CE 11/09/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Laraine Helena da Silva Freitas  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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**

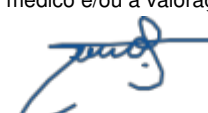
Número do Sinistro: 3190548401  
Nome do(a) Examinado(a): Laiane Lorena da Silva Freitas  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiza Bento de Freitas, S/N  
Tapera Aquiraz CE CEP: 61700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20181972209  
Data local do acidente: [ 20/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 19/10/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM 02 PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: 29/08/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 60º COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME ARTICULAR.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO 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 (\*).
- |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><b>JOELHO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 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  
POLÍCIA CPAL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUINAZ  
Impressão nº 201901522



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 267 - 2019 / 2019

Dados da Ocorrência

0330231/19

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 11/09/2019 09:00:00  
Data / Hora da Ocorrência: 20/04/2019 15:30:00  
Endereço da Ocorrência: R LUISA BENTO DE FREITAS, TAPERA - TAPERA  
AQUINAZ/CE  
Ponto de Referência: PROXI. AO BAR DO FACÃO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS  
Nascimento: 28/04/2001 CPF: 094.722.193-06  
RG: 20181972209 Órgão Emissor: SSPDS  
Filiação: OCELIA DA SILVA FREITAS  
ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS  
Endereço: RUA LUISA BENTO DE FREITAS  
Bairro: TAPERA  
Município: AQUINAZ/CE  
País: BRASIL

UF: CE

DELEGACIA METROPOLITANA DE SEGURANÇA  
24 SET. 2019

CEP:

Telefone: (35) 98733-3413

Histórico

Informa a declarante que vinha como garupelra na motocicleta HONDA de placas PMK-4186, cor preta, ano/mód. 2015, de propriedade Francisco Gleydson Alves Guimarães; Que na hora do acidente era conduzida pelo seu irmão Bruno da Silva Freitas, ocasião em que trafegava pela Rua Luisa Bento de Freitas, Tapera-Aquinaz/CE momento em que o veículo Corsa classic avançou a preferencial vindo a colidir com a citada moto, causando o acidente; Que devido ao impacto ambos caíram ao solo; Que seu irmão sofreu apenas escoriações (ver); Que a declarante foi socorrida pela SAMU, e levada ao hospital UFF, onde sofreu fratura de platô tibial direito, sendo preciso realizar duas cirurgias e varias escoriações pelo; Que ressalta a declarante que condutor do veículo corsa se evadiu do local sem presta nenhuma atendimento a vítima. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUINAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

pp

FRANCISCO EUDES MUMIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Laiane Lorena da Silva Freitas

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO EUDES MUMIZ (MUNIZAS FERNANDES - MAT.: 200224-7-)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2096 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/09/2019 09:00:09**  
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2019 15:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **R LUISA BENTO DE FREITAS , TAPERA - TAPERA AQUIRAZ/CE**  
Ponto de Referência: **PROXI. AO BAR DO FACÃO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**  
Nascimento: **28/04/2001** CPF: **094.722.193-06**  
RG: **20181972209** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **OCELIA DA SILVA FREITAS**  
**ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS**  
Endereço: **RUA LUISA BENTO DE FREITAS**  
Bairro: **TAPERA**  
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98733-8013**

**Histórico**

Informa a declarante que vinha como garupeira na motocicleta HONDA de placas PMK-4186, cor preta, ano/mod. 2015, de propriedade Francisco Gleydson Alves Guimarães; Que na hora do acidente era conduzida pelo seu irmão Bruno da Silva Freitas, ocasião em que trafegava pela Rua Luisa Bento de Freitas, Tapera-Aquiraz/Ce momento em que o veículo Corsa classic avançou a preferencial vindo a colidir com a citada moto, causando o acidente; Que devido ao impacto ambos caíram ao solo; Que seu irmão sofreu apenas escoriações leve; Que a declarante foi socorrida pela SAMU, e levada ao hospital IJF, onde sofreu fratura de platô tibial direito, sendo preciso realizar duas cirurgias e várias escoriações pelo; Que ressalta a declarante que condutor do veículo corsa se evadiu do local sem presta nenhuma atendimento a vítima. E nada mais disse

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x**



3190548401



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 2096 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/09/2019 09:00:09**  
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2019 15:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **R LUISA BENTO DE FREITAS , TAPERA - TAPERA AQUIRAZ/CE**  
Ponto de Referência: **PROXI. AO BAR DO FACÃO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**  
Nascimento: **28/04/2001** CPF: **094.722.193-06**  
RG: **20181972209** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **OCELIA DA SILVA FREITAS**  
**ANTONIO CEZAR CÂMARA DE FREITAS**  
Endereço: **RUA LUISA BENTO DE FREITAS**  
Bairro: **TAPERA**  
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98733-8013**

**Histórico**

Informa a declarante que vinha como garupeira na motocicleta HONDA de placas PMK-4186, cor preta, ano/mod. 2015, de propriedade Francisco Gleydson Alves Guimarães; Que na hora do acidente era conduzida pelo seu irmão Bruno da Silva Freitas, ocasião em que trafegava pela Rua Luisa Bento de Freitas, Tapera-Aquiraz/Ce momento em que o veículo Corsa classic avançou a preferencial vindo a colidir com a citada moto, causando o acidente; Que devido ao impacto ambos caíram ao solo; Que seu irmão sofreu apenas escoriações leve; Que a declarante foi socorrida pela SAMU, e levada ao hospital IJF, onde sofreu fratura de platô tibial direito, sendo preciso realizar duas cirurgias e várias escoriações pelo; Que ressalta a declarante que condutor do veículo corsa se evadiu do local sem presta nenhuma atendimento a vítima. E nada mais disse

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Laiane Lorena da Silva Freitas

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x**

**CARTÓRIO  
PATACAS**

**AUTENTICAÇÃO**

Autentico a presente cópia reprográfica a  
qual confere com o original do que dou fé

Distrito de Patacas 30 SET. 2019 Aquirazi/CE

Em testemunho Nauy da verdade

Wantoyl Ferreira da Silva

Tabellão / Registrador

**CARTÓRIO PATACAS**

Av. Josué Leite de Freitas, S/N

Patacas - Aquirazi

(85) 3113-1331



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 094.722.193-06 Nome completo da vítima: Laraine Helena da Silva Freitas  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Laraine Helena da Silva Freitas CPF: 094.722.193-06  
Profissão: Recebeu Endereço: Rua Luiz Bento de Freitas Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Distrito Tereza Cidade: Apuruz Estado: CE CEP: 61700-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 98865.9275

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

## REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5304 CONTA: 9696 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Apuruz - CE 11/09/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Laraine Helena da Silva Freitas  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



### CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar a **Sra. LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS**, portadora do RG n.º 2018197220-9, SSP-CE, inscrita no CPF n.º 094.722.193-06, dia 20/04/2019 às 15h53, no Município de Aquiraz-CE, na Rua Luiza Bento de Freitas, Bairro Tapera, próximo ao Bar do Facão, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, \_\_\_\_\_ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 23 de julho de 2019.

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**

LICIA CORREIA DE S. LIMA  
24 SET. 2019  
PREJ.

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

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

CLIENTE: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05304-0

CONTA: 000000009696-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2711201905000000000023705304000000009696253125 PAGO

7628169

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNEJ 07042251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enei

568198959

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 21 20009 55 062640 - 9

Data de Emissão 30/03/2019

Nome OCELIA DA SILVA FREITAS

End. Postal RU LUIZA BENTO DE FREITAS 00000

DISTRITO TAPERA - AQUIRAZ - 61700000

Medidor 6292137

Posta 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 866721423-04

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência Abr/2019

Data da Apresentação 30/03/2019

Próxima Leitura 30/04/2019

## ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Fev/2019

EUEO 30,40

Mês DICRI = 16,50 P

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) 69,50

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 18,76

Padrão Individual

Agrupação Individual

Mensal 18,29

Trim. 28,59

Anual 41,19

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

Mensal 0,00

Trim. 0,00

Anual 0,00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3E05.05EF.65E1.5F7B.47D8.D4B4.97E8.32C8

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fix. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 3843        | 3747           | 1,00   | 96            | 0,00        | 96         | 0,72997          | 69,58       |
| 30/03/19    | 27/02/19       |        | 31 DIAS       |             | 96         |                  | 69,58       |

| VALOR CONSUMO DO MES         | VALOR (R\$) |
|------------------------------|-------------|
| MULTA MORATORIA REF 01/2019  | 1,67        |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 5,12        |

VENCIMENTO 02/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 76,29

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Transmissão                   | 25,84 |
| Distribuição                  | 14,23 |
| Encargos Setoriais            | 3,02  |
| Tributos (ICMS PIS-COFINS)... | 22,22 |
| TOTAL                         | 69,58 |

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| MED | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 115 | 96  | 116 | 127 | 115 | 129 | 113 | 122 | 112 | 99  | 132 | 99  | 131 | 115 |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

| Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. | Emissão kg (CO <sub>2</sub> ) | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                          | 37,48                         | 0,00                             | 0                                         |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:  
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 107,55. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

## DÉBITOS ANTERIORES

| Mes/Ano | Valor R\$ |
|---------|-----------|
| 02/2019 | 107,55    |

Consta desta fatura R\$ 3,45 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,88% e COFINS=4,10%.  
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.067/2009. Esta declaração substitui as quitacoes anteriores.

24 SET. 2019  
LUCIA CORREIA DE SOUZA SEC. LTDA.

850-4486152  
8512-8056152

**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/BIBLIOTECABWEB/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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruno Mesquita Monteiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 666.330.133 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LAIANE LORENA DA SILVA FARIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.722.193 / 06

do sinistro de DPVAT cobertura Fuamilitar da Vítima LAIANE LORENA DA SILVA FARIAS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.722.193 / 06, 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>Vila dos Anjos</u> | Número: <u>52</u>      | Complemento:                 |
| Bairro: <u>Tril Tapera</u>      | Cidade: <u>Aracaju</u> | Estado: <u>SE</u>            |
| E-mail:                         | CEP: <u>61200-000</u>  | Tel.(DDD): <u>85 93503-2</u> |

Local e Data: Aracaju - SE 12/09/2019

Bruno Mesquita Monteiro  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Francisco Gleydson Alves Guimarães

RG nº 2003006004178, data de expedição 03/08/18

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 029 458 733-03

com domicílio na cidade de Aquiraz, no Estado de Ceará

Rua Luiz Bento de Freitas, nº S/N

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Luane Herena da Silva Freitas, cujo o condutor era

Bruno da Silva Freitas

Veículo: MOTO Modelo: HAUDDA/NXR160 BROS ESD Ano: 2015

Placa: PMX4186/CE Chassi: 9C2KD0800FRO29715

Data do Acidente: 20/04/2019



Local e Data: Aquiraz - CE 11/09/2019

FRANCISCO GLEYDSON A. GUIMARAES

Assinatura do Declarante

Bruno da Silva Freitas

Assinatura do Condutor

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

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de  
FRANCISCO GLEYDSON  
ALVES GUIMARAES

Distrito de Patacas 13 SET. 2019 Aquiraz/CE  
Em testemunho Wanyl da veracidade  
Wantuyl Ferreira da Silva  
Tabelião / Registrador



"NESTE DOCUMENTO FOI APLICADO O SELO DO TIPO 03, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TJCE, NA PORTARIA Nº 1.204/2019, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 29/07/2019".

CARTÓRIO PATACAS  
Av. Josué Leite de Freitas, S/N  
Patacas - Aquiraz  
(85) 3113-1331



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## Resumo de alta

---

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 14/ 05/2019

DATA DA ALTA: 16/05/2019

BE/PRONT: 5612999

CIDADE DE ORIGEM: AQUIRAZ

IDADE: 18

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade proximal da tibia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

---

Ass.: \_\_\_\_\_

Dr. Angelo Luz  
Cirurgia do Joelho  
CRM-6256

Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ para Dr.

Data: 16/05/19

*M. Sulez*

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
24 SET. 2019

**Registro de Atendimento Emergencial**

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL                                                                           |                                              |                                              |                                              | DATA/HORA: 20/04/2019 17:17:58 |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                     |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| CNS: 700401962301347                                                                                          | NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS         |                                              |                                              | Registro: 5612000              |                  |
| CPF: 09472219306                                                                                              | RG:                                          | D. NASC: 26/04/2001                          | ESTADO CIVIL:                                | SEXO: F                        | RAÇA/COR: Branca |
| NOME DA MÃE: OCELIA DA SILVA FREITAS                                                                          |                                              |                                              | NOME DO PAI: ANTONIO CEZAR CAMARA DE FREITAS |                                |                  |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                                                                                       | ENDEREÇO DO PACIENTE: LUIZA BENTO DE FREITAS |                                              | Nº: 90                                       | BAIRRO: TAPERA                 |                  |
| COMPLEMENTO:                                                                                                  | TELEFONE: , 91183668                         | MUNICÍPIO: AQUIRAZ                           | UF: CE                                       | CEP: 81700000                  |                  |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL                                                                                  |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| NOME: SAMU USB 112 AQUIRAZ, COND. AROLD                                                                       |                                              | 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, Colisão com um carro, pick up ou caminhonete                |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| QUEIXAS: colisão moto x carro com trauma exposto em M.D., referindo cefaléia, há 02 horas, após dor na cabeça |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| OBSERVAÇÕES: problemas em extremidades - dor moderada                                                         |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                 |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública                                                                             | Escala de Dor: Moderado                      | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO           |                                              |                                |                  |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:                                                                                 |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| ATENDIMENTO MÉDICO                                                                                            |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| Anamnese:                                                                                                     |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| Exame Físico:                                                                                                 |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| Conduta:                                                                                                      |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:                                                                             |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:                                                                            |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:                                                                                   |                                              |                                              |                                              |                                |                  |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO:                                                                                   |                                              | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: |                                              |                                |                  |

COPIA ENTREGUE PARA O PACIENTE  
24 SET. 2019

## LAUDO MÉDICO

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE SUPRACITADA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM MATERIAL DE OSTEOSSINTESE EM MAIO DE 2019.

ATUALMENTE FRATURA CONSOLIDADA.

ALTA AMBULATORIAL

AO DPVAT

CID10: S82.1

Fortaleza, 29 DE AGOSTO DE 2019.

Dr. Galloirez Victor de Abreu  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.117

Assinatura e Carimbo Médico

LIBIA CORRÊA DE S&S LTDA.  
24 SET. 2019



**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 14/05/2019

DATA DA ALTA: 16/05/2019

BE/PRONT: 5612999

CIDADE DE ORIGEM: AQUIRAZ

IDADE: 18

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade proximal da tibia (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

*Dr. Angelo Luz*  
Cirurgia do Joelho  
CRM 6256

Ass: \_\_\_\_\_

Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ para  
Dr. \_\_\_\_\_

Data: 16/05/19

Dispensa do trabalho por:

*30 dias de licença*

COPIA DIRETORIA DE SEG. LIDA.  
24 SET. 2019



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

**NOME**  
**BRUNO MESQUITA MONTEIRO**

**DOC. ENTREGUE / ORIG. EMISSÃO DE**  
**2004005131930 ESP CE**

**CPF** **606.330.133-07** **DATA NASCIMENTO** **10/09/1992**

**RAÇÃO**  
**ANTONIO DE PADUA**  
**FERREIRA MONTEIRO**  
**ALCANTARA FERREIRA**  
**MESQUITA**

**PERMITE** **ACC** **CAT.VEIC**  
**AB** **AB**

**Nº REGISTRO** **05472931247** **VALIDADE** **15/12/2021** **Nº HABILITAÇÃO** **19/04/2012**

**OBSERVAÇÃO**  
**SEM OBSERVAÇÃO:**

*Bruno Mesquita Monteiro*  
ASSINATURA DO TITULAR

**LOCAL** **PORTALEZA, CE** **DATA EMISSÃO** **19/12/2016**

*for Val - 2*  
SEM VINCULO DE FONTE **50301386078**  
ASSINATURA DO EMISSOR **CE157092518**

**DETRAN - CE (CLARA)**

**VÁLIDA EM TODOS**  
**OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**

**1407086616**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1407086616**

LICENÇA CONDIÇÃO DE SUE LIDA  
 24 SET. 2019  
 800

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE Nº 014143355350  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 1048236703 0000000000 2018  
EXERCÍCIO

FRANCISCO GLEYDSON A GUIMARAES  
\*\*\*\*\*  
AQUIRAZ  
/CE

02945873303  
PLACA PMK4186/CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO  
HONDA/NXR160 BROS ESD  
2P/OCV/162CC  
CATEGORIA PARTIC  
COR PREDOMINANTE PRETA

180.65 0.70 185.50 10/08/2018  
PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*  
OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*

AQUIRAZ  
Igor Pontes  
Superintendente  
DETAN-CE

14/08/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014143355350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02945873303 PMK4186/CE  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204  
014143355350 59615561146

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 14/08/2018

01 02945873303 PMK4186  
REVIVAM MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ES  
1048236703 Nº CHASSI 9C2KD0800F029715  
ANO FAB. 2015 CAT. BEE PART

PRÊMIO TARIFÁRIO  
R\$ 81.29 CONTRAL (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.70 VENCIMENTO DO SEGURO (R\$) 185.50  
DATA DE QUITAÇÃO 10/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.242.808/0001-04

MOTOR: KDOBE0F029715 05016



CONTRAN

24 SET. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190548401 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 60° COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME ARTICULAR.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/10/2019

**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 joelho | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                     |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Laiane Lorena da Silva Freitas, Brasileiro (a)  
Estado Civil Relaxou, Profissão Relaxou Inscrito com o Nº de RG:  
2018197220-9 e CPF: 094722193-06 Residente e  
domiciliado(a) à rua Luiza Bento De Freitas  
Nº: S/N Bairro: Distrito Topera Cidade: Aquiraz  
Estado: Ceará CEP: 61700000 Fone: 98659275

**OUTORGADO:** Breno Margrita Fortuna  
Inscrito com o Nº de RG: 2004005131930  
e CPF: 66.330.133-07 Residente e domiciliado na: VL Despagem  
Nº: S/N Bairro: DT Topera  
Cidade: Aquiraz; Estado: Ceará

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Laiane Lorena da Silva Freitas ocorrido em 20/04/2019 de natureza da cobertura Invalididez.

**OBS.:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Aquiraz, (CE), 11 de 09 de 20 19

CARTÓRIO  
PATACAS

Laiane Lorena da Silva Freitas  
OUTORGANTE

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:  
LAIANE LORNA DA SILVA FREITAS.

Distrito de Patacas 11 SET 2019 Aquiraz/CE  
Em testemunho Wany da verdade  
Wantuy Ferreira da Silva  
Tabelião / Registrador

CARTÓRIO PATACAS  
Av. Josué Leite de Freitas, S/N  
Patacas - Aquiraz  
(85) 3113-1331



24 SET. 2019

"NESTE DOCUMENTO FOI APLICADO O SELO DO TIPO 03, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TICE, NA PORTARIA Nº 1.204/2019, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 29/07/2019".

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330231/19

**Número do Sinistro:** 3190548401

**Vítima:** LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

**CPF:** 094.722.193-06

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LAIANE LORENA DA SILVA FREITAS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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: 07/10/2019  
Nome: BRUNO MESQUITA MONTEIRO  
CPF: 606.330.133-07

BRUNO MESQUITA MONTEIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA