Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Acessar nova versão do e-SAJ

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01579312-5** em **25/11/2020 11:23:57**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0262480-87.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01579312-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 25/11/2020 11:23:57

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2768913_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2768913_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190534012 **Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Data do Acidente: 02/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo", disponível em nosso site, preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois foram identificadas, no formulário incialmente apresentado, informações diferentes das que constam no Registro de Ocorrência Policial. Caso a falha esteja no Registro de Ocorrência Policial, o interessado deverá retornar ao órgão que o emitiu e solicitar o aditamento para constar os dados corretos.

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

Pag. 01935/01936 - carta_03 - INVALIDEZ
00010968

Carta nº 14775444

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190534012 **Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Data do Acidente: 02/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo", disponível em nosso site, preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois foram identificadas, no formulário incialmente apresentado, informações diferentes das que constam no Registro de Ocorrência Policial. Caso a falha esteja no Registro de Ocorrência Policial, o interessado deverá retornar ao órgão que o emitiu e solicitar o aditamento para constar os dados corretos.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190534012 **Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Data do Acidente: 02/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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

Pag. 00175/00176 - carta_01 - INVALIDEZ
00400088

Carta nº 14896043

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190534012 **Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Data do Acidente: 02/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 00059/00060 - carta_25 - INVALIDEZ
00030030

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190534012 **Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**

Data do Acidente: 02/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

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$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R$ 945,00

Recebedor: **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**
Valor: **R$ 945,00**
Banco: **237**
Agência: **000007737-2**
Conta: **0000058512-2**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01875/01876 - carta_30 - INVALIDEZ
00120938

Seguradora LÍDER

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:	Nome completo da vítima:
	600.318.513-98	Evaldo Aurelino de Morais Filho

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Evaldo Aurelino de Morais Filho — CPF: 600.318.513-98

Profissão: Autônomo — Endereço: Rua 113 — Número: 354 — Complemento: Qd 25 CPC

Bairro: Centro — Cidade: Caucaia — Estado: Ce — CEP: 61600-000

E-mail: — Tel.(DDD): (85)99147.7500

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0295 - 0 (Informar o dígito se existir) CONTA: 44151 - 1 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos: — 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 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.

Impressão digital (polegar) e nome do Declarante ou Beneficiário

Local e Data, Fortaleza, 26/03/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

xEVALDO AURELINO DE MORAIS FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

COMERCIO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A SEC 2019

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

C/C

Agência 0295-0
Conta 44151-1

COMPREM SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
SET 2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

CARTÓRIO FLS. RUBRICA AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019173127

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 2404 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2019 11:28:48**
Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2018 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DA INTEGRAÇÃO, 0**
Complemento: **PROXIMO AO POSTO DA SANTINHA**
Bairro: Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**
Nascimento: **06/05/1987** CPF: **600.318.513-98**
RG: **99012012440** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA CELIA PINTO DE ANDRADE**
EVALDO AVELINO DE MORAIS
Endereço: **RUA 113, 354**
Bairro: **PLANALTO CAUCAIA** CEP:
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98679-5587**

18 SET 2019

Histórico

QUE na data, local e hora acima mencionados, estava trafegando em uma motocicleta HONDA FAN, cor vermelha, placas NQT9750, quando um veículo cuja placa e modelo não sabe informar, teria feito uma manobra, onde acabou por fechar a motocicleta pilota pelo noticiante; QUE para não colidir com o veículo, acabou fazendo uma manobra, e em seguida, teria colidido com um poste, sendo arremessado ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o IJF, onde foi constatado uma lesão na mão e na face; QUE não foi submetido a cirurgia; QUE passou cinco dias internado no IJF; QUE ficou afastado de suas atividades laborais pelo período de três meses; QUE acrescenta que a motocicleta em que o mesmo pilotava é de propriedade do senhor WESLEY GUILHERME SOUSA DOS SANTOS; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Evaldo Avelino de Morais Filho

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019173127

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 2404 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/03/2019 11:28:48**
Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2018 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DA INTEGRAÇÃO, 0**
Complemento: **PROXIMO AO POSTO DA SANTINHA**
Bairro: Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO**
Nascimento: **06/05/1987** CPF: **600.318.513-98**
RG: **99012012440** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA CELIA PINTO DE ANDRADE**
EVALDO AVELINO DE MORAIS
Endereço: **RUA 113, 354**
Bairro: **PLANALTO CAUCAIA** CEP:
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98679-5587**

Histórico

QUE na data, local e hora acima mencionados, estava trafegando em uma motocicleta HONDA FAN, cor vermelha, placas NQT9750, quando um veículo cuja placa e modelo não sabe informar, teria feito uma manobra, onde acabou por fechar a motocicleta pilota pelo noticiante; QUE para não colidir com o veículo, acabou fazendo uma manobra, e em seguida, teria colidido com um poste, sendo arremessado ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o IJF, onde foi constatado uma lesão na mão e na face; QUE não foi submetido a cirurgia; QUE passou cinco dias internado no IJF; QUE ficou afastado de suas atividades laborais pelo período de três meses; QUE acrescenta que a motocicleta em que o mesmo pilotava é de propriedade do senhor WESLEY GUILHERME SOUSA DOS SANTOS; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Evaldo Avelino de Morais Filho

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

Seguradora LÍDER

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:	Nome completo da vítima:
	600.318.513-98	Evaldo Aurelino de Morais Filho

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Evaldo Aurelino de Morais Filho — CPF: 600.318.513-98

Profissão: Autônomo — Endereço: Rua 113 — Número: 354 — Complemento: Qd 25 CPC

Bairro: Centro — Cidade: Caucaia — Estado: Ce — CEP: 61600-000

E-mail: — Tel.(DDD): (85)99147.7500

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0295 - 0 (Informar o dígito se existir) CONTA: 44151 - 1 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos: — 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 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.

Impressão digital (polegar) e nome do Declarante ou Beneficiário

Local e Data, Fortaleza, 26/03/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

xEVALDO AURELINO DE MORAIS FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

COMERCIO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A SEC 2019

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

SAMU 192

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** prestou atendimento pré hospitalar ao Sr. **EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO,** portador do RG n.° 99012012440, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.° 600.318.513-98, no dia 02/11/2018 às 08h10, no município de Caucaia/CE, na Avenida da Integração, Bairro Nova Metrópole, próximo ao Posto de Gasolina da Santinha, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido 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, 05 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

CONTROLE SEGUROS
6 SET 2019

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07737-2

CONTA: 000000058512-2

Nr. Autenticação
BRADESCO241020190500000000002370773700000005851294500 PAGO

Cagece

Nº de Inscrição: 05597238

DADOS DO CLIENTE

Nome: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

End. Leitura: RU 113 QD 25 CPC. 354, CENTRO DE CAUCAIA

Cidade: CAUCAIA CEP: 61600-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 129 Setor: 009 Subsetor: 00 Quadra: 0009 Subquadra: 00 Lote: 0306 Comp: CEP: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A14F003642	168	186	10	2

DATAS

Leitura Atual: 26/01/2019 Leitura Anterior: 27/12/2018 | Emissão: 26/01/2019 Próxima Leitura: 25/02/2019 | Lacre Água: 2707009 Lacre Esgoto: 11/2018

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas:	146	146	047	146	146
Realizadas:	152	152	152	152	152
Não Conformidade:	143	152	148	146	152

MENSAGENS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R$)
AGUA	24.40
ESGOTO	13.42
JUROS DE 0.033% AO DIA	0.26

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
jan/18	3	10
fev/18	7	10
mar/18	5	10
abr/18	5	10
mai/18	12	5
jun/18	20	10
jul/18	2	10
ago/18	3	10
set/18	2	10
out/18	2	10
nov/18	2	10
dez/18	1	10

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R$)
PIS	0.36
COFINS	1.82

SUBSÍDIO

VALOR DO SERVIÇO	[illegible]
VALOR DO SUBSÍDIO	37.88
VALOR TOTAL A PAGAR	38.08

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
01/2019	13/02/2019	38.08

1355118055363387 L:6305 R:06:19:02 R:111 P:001

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tarifaço. Outros: Pref Fácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Adere a este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento Cagece 0800 275 0195

Cagece Mobile

É obrigação do usuário manter seu endereço atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 368 1918. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3608. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consumidor.gov.br O seu é bom falar!

155 Ouvidoria

Cagece

Fatura Mensal Via do agente arrecadador

3551180553633 87 - 6305

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 05597238 Código de Reparcelamento: Mês/Ano: 01/2019

Local: 129 Setor: 009 Subsetor: 00 Quadra: 0009 Subquadra: 00 Lote: 0306 Comp: 0000

Cidade: CAUCAIA Vencimento: 13/02/2019 Total (R$): 38.08

82600000000 8 38080009100 7 05597238101 0 01001622015 3

COMPAZ SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
REC. 9 SET 2019

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu, Evaldo Avelino de Morais Filho RG: 9901201249 0 CPF: 600 313 513 98, residente e domiciliado (a) na Rua 113 354 CPL, na cidade de Caucaia, no estado de Ceará, venho por meio desde, informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo envolvido no acidente.

Nome do proprietário: Wesley Guilherme Sousa dos Santos

Veículo: Motocicleta - Honda Cg 125 Fan Ks

Ano: 2009 /2010

Placa: NQT 9750

Chassi: 9C2JC411

Data do acidente: 02/11/2018

Diante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data 25 FEV 2019 ___/___/___

Evaldo Avelino de Morais Filho

CARTORIO MELO JUNIOR

SEGUROS 6 SET 2019

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JUNIOR - 1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS ESPECIAIS
TABELIÃO: JOSÉ CHARIFRO DE MELO JÚNIOR - TABELIÃO SUBSTITUTO: RECONHECIMENTO MARQUES DE MELO JÚNIOR
CNPJ: 00.371.654/0001-07 - Rua Rigo Fiuzeiro, Nº 860 - Centro - CEP: 60.835-193 - Pacatuba - CE
Tel: (85) 3368 7404 / 3362 7858 - E-mail: info@cartorio1.com.br / cartorio1_melo@hotmail.com

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO Do que dou fé. Fortaleza, 25 de fevereiro de 2019 Total R$ 4,49 SELO 2 RECONHECIMENTO DE FIRMA CM977661

Maria do Socorro Moreira Herculano - Escrevente

Maria do Socorro Moreira Herculano
Escrevente Autorizada

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu, Evaldo Avelino de Morais Filho RG: 9901 2012440 CPF: 600 318 513 98, residente e domiciliado (a) na Rua 113 354 CPC na cidade de Caucaia, no estado de Ceará, venho por meio desde, informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo, tendo em vista que o mesmo está em local incerto, razão pelo qual referida declaração que firmo, declaro ainda os dados do veículo envolvido no acidente.

Nome do proprietário: Wesley guilherme Sousa dos Santos

Veículo: Motocicleta - Honda Cg 125 Fan Ks

Ano: 2009 / 2010

Placa: NQT 9750

Chassi: 9C2JC411

Data do acidente: 02/11/2018

Diante de exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro Dpvat.

Declaro estar ciente de que a falsidade as informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

SEGUROS ... NCIA S/A 2019

Local e data 25 FEV 2019 ___/___/___

CARTÓRIO MELO JUNIOR MELO JUNIOR

Evaldo Avelino de Morais Filho

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MELO JÚNIOR - 8º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS ESPECIAIS
TABELIÃO: JOSÉ EVANDRO DE MELO JÚNIOR - TABELIÃO SUBSTITUTO: REGINOBERTO MARQUES DE MELO JÚNIOR
CNPJ: 08.373.034/0001-51 - Rua Major Facundo, Nº 669 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3099.7474 / 3088.7088 - E-mail: cmj@fortalnet.com.br / recepção2_cmj@hotmail.com

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO Do que dou fé. Fortaleza, 25 de fevereiro de 2019 Total R$ 4,49 SELO 2 RECONHECIMENTO DE FIRMA CM977661

Maria do Socorro Mazeira Herculano - Escrevente

Maria do Socorro Mazeira Herculano
Escrevente Autorizada

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº CM 977661 WARX

Dados da Reclamação

Protocolo:
2394886/2019

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Data:
30/09/2019 10:53:22

Dados do reclamante

Segurado:
EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
600.318.513-98

Formas de contato

E-mail:
felipe.pavat@hotmail.com

Telefone:
(85) 99761-8930

Celular:
(85) 99761-8930

Endereço:
rua barao do rio branco 1779

Bairro:
CENTRO

CEP:
60.025-061

Cidade:
FORTALEZA

Dados da denúncia

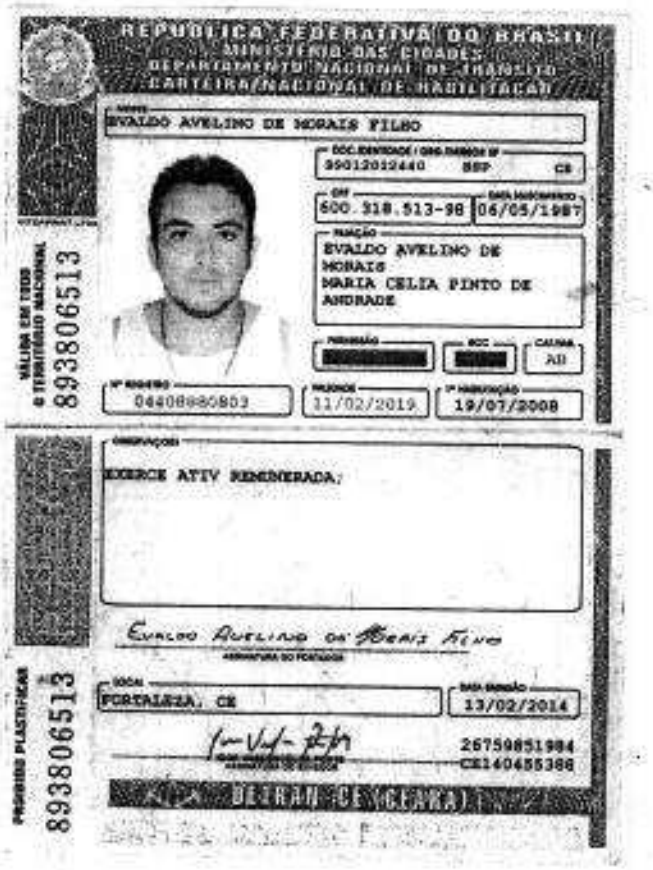
Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho por meio desta reclamação ênfase da seguradora líder que está fazendo exigências abusivas foi cadastrado no número de sinistro 3190/ 34012 cobrando a declaração do proprietário do veículo sendo que já enviei a declaração do veículo, sendo que já para informando que não tem como eu enviar a devido declaração pois não tem paradeiros do proprietário do veículo e não fiz a transferência.

O SAC da empresa foi acionado?
Sim

CONPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
REC 01 OUT 2019



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

NOME
EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
99012012440 SSP CE

CPF
600.318.513-98

DATA NASCIMENTO
06/05/1987

FILIAÇÃO
EVALDO AVELINO DE MORAIS
MARIA CELIA PINTO DE ANDRADE

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
04408880803

VALIDADE
11/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/07/2008

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Evaldo Avelino de Morais Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
13/02/2014

26759851984
CE140455386

DETRAN CE (GERAL)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
893806513

PROIBIDO PLASTIFICAR
893806513

SEGUROS
SA
SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 012965213866

ALD 01 1806640972 0000000000 2016

WESLEY CLEITON SOUSA DOS SANTOS
****
****
FORTALEZA/CE

032443821-2 NOT9750

JC2JC4110AR530719

HONDA/CG 125 FAN KS 2009 2010

2F/12CW/124CC PARTIC VERMELHA

IPVA ******** ** **/**/** 1ª ******
2ª *****
3ª *****
*** ******** **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PREVISTO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO
286.75 | 1.11 | 292.01 | 28/11/2016

SEGURO OBRIGATÓRIO
OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL: FORTALEZA
DATA: 30/11/2016

CONTRAN DENATRAN

CE Nº 012965213866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
CONDIÇÕES GERAIS DE COMERCIALIZAÇÃO
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

032443821-2

2016 30/11/2016

01 [redacted] 750

[redacted] HONDA/CG 125 FAN KS

2009 09 JC2JC4110AR530719

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAR (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129.06	14.34	143.39

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR PAGO (R$)
4.15	1.11	292.01

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 28/11/2016

SEGURO OBRIGATÓRIO
PROPRIETÁRIO
CPF/CNPJ [redacted]
LOTE/DOC. 1391[redacted] DPVAT
MOTOR: JC41B13[redacted]
www.dpvalidez.com.br

JUL.-2016

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2ª RTD P.J.
TABELIÃ: ANGELA MARIA ARAÚJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 56.571.003/0001-67
Rua Major Facundo, 676 - Centro - CEP: 60.035-100 - Fortaleza - CE
E-mail: [redacted]

— AUTENTICAÇÃO Nº 3032[illegible] —
Autentico a presente cópia reprográfica do original apresentado nesta data, na parte interessada.
Fortaleza, 28 de fevereiro de 2016. Emolumentos: R$ 2,[illegible]
Selo Digital de Fiscalização de verdade: SELO 3 - AUTENTICA[illegible]
(1) - Francisco de [illegible] Correia - (1) - Luiz M. Correia Neto
Reconhecimento (1) - Arlene Lemos Aragão - Escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.

03

Cartório selo digital

[illegible] SEGUROS
[illegible] S/A
8 OUT 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 012965213866

VIA	COD. RENAVAM	Nº DO CERTIFICADO	EXERCÍCIO
ALD 01	1806609777	00000000000	2016

WESLEY GUILHERME SOUSA DOS SANTOS
****
****
FORTALEZA/CE

PLACA: NOT9750

CHASSI: 9C2JC4110AR530719

CPF/CNPJ: 03244382142

UF: CE

BAS/MOTOCICLO/MAO TABLE

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.: 2009 ANO MOD.: 2010

CAPACIDADE: 2P/12CV/124CC

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA — COTA ÚNICA: ******** ** — VENC. COTA ÚNICA: **/**/** — VENC. COTAS: 1: ****** 2: ***** 3: *****

PARA IPVA: *** — PARCELAMENTO/COTAS: ********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): 286,75 — IOF (R$): 1,11 — PRÊMIO TOTAL (R$): 292,01 — DATA DE PAGAMENTO: 28/11/2016

SEGURO (DPVAT)

OBSERVAÇÕES: **********
****
****

LOCAL: FORTALEZA — DATA: 30/11/2016

Igor Conte
Agente Credenciado

DETRAN-CE

CONTRAN

CE Nº 012965213866 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

03244382142

EXERCÍCIO: 2016 — DATA EMISSÃO: 30/11/2016

VIA: 01 — CPF/CNPJ: 03244382142 — PLACA: NOT9750

1806609777 — HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.: 2009 — MÊS FAB.: 09 — Nº CHASSI: 9C2JC4110AR530719

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO (R$)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO: 28/11/2016

SEGURO PROPRIETÁRIO DPVAT

LOTE/DOC.: 133187700 1 LACRE:
MOTOR: JC41E1A530719

JUL-2016

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTDPJ
TABELIÃ: ANGELA MARIA ARAUJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 06.573.080/0001-47
Rua Major Facundo, 675 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE
E-mail: moraiscorreia@moraiscorreia.com.br

03

--- AUTENTICAÇÃO Nº 3021
Autentico a presente cópia reprográfica de documento apresentado nesta data e que confere com o original.
Fortaleza, 26 de fevereiro de 2019. Emolumentos: R$ 2,82
Em testemunho ___ da verdade.
Selo Digital de Fiscalização: SELO 3 - AUTENTICACAO
AUTENTICAÇÃO — Nº FDV 61103

11 - Francisco de N. Correia - 17 - Luis H. Correia Neto - 18 - Lucas Arrangel Rodrigues (1) - Ariana Lemos Rodrigues - Escrevente

Cartório Morais Correia

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.

COMPREV SEGUROS E CONSÓRCIO SA
REC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190534012 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO **Data do acidente:** 02/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
TRAUMA EM MÃO ESQUERDA. (TENORRAFIA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MAÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320300/19

Número do Sinistro: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Data do acidente: 02/11/2018

CPF: 600.318.513-98

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 01/10/2019	Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO	Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 600.318.513-98	CPF: 035.841.423-77
EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO	ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320300/19

Número do Sinistro: 3190534012

Vítima: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Data do acidente: 02/11/2018

CPF: 600.318.513-98

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 01/10/2019 Nome: EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO CPF: 600.318.513-98	Data do cadastramento: 01/10/2019 Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE CPF: 035.841.423-77
EVALDO AVELINO DE MORAIS FILHO	ANDERSON DE SOUZA LEITE