



## PROCURAÇÃO

<b>Outorgante</b>	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
<b>Nacionalidade</b>	BRASILEIRO	<b>Telefone</b>	(85)98798.1282
<b>RG</b>	06673503527 DETRAN-CE	<b>Estado Civil</b>	SOLTEIRO
<b>CPF</b>	059.511.813-56	<b>Profissão</b>	DESEMPREGADO
<b>Endereço</b>	RUA 22,Nº 142		
<b>Bairro</b>	CONJUNTO JEREISSATI I	<b>CEP</b>	61910-000
<b>Municipio/UF</b>	MARACANAÚ-CE		

**OUTORGADO:** Winston Bruno Nunes Pinho, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Maracanaú (CE), 30 de NOVEMBRO de 2020

OUTORGANTE



## PROCURAÇÃO

<b>Outorgante</b>	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
<b>Nacionalidade</b>	BRASILEIRO	<b>Telefone</b>	(85)98798.1282
<b>RG</b>	06673503527 DETRAN-CE	<b>Estado Civil</b>	SOLTEIRO
<b>CPF</b>	059.511.813-56	<b>Profissão</b>	DESEMPREGADO
<b>Endereço</b>	RUA 22,Nº 142		
<b>Bairro</b>	CONJUNTO JEREISSATI I	<b>CEP</b>	61910-000
<b>Municipio/UF</b>	MARACANAÚ-CE		

**OUTORGADO:** Winston Bruno Nunes Pinho, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Maracanaú (CE), 30 de NOVEMBRO de 2020

OUTORGANTE

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu,

<b>Outorgante</b>	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
<b>Nacionalidade</b>	BRASILEIRO	<b>Telefone</b>	(85)98798.1282
<b>RG</b>	06673503527 DETRAN-CE	<b>Estado Civil</b>	SOLTEIRO
<b>CPF</b>	059.511.813-56	<b>Profissão</b>	DESEMPREGADO
<b>Endereço</b>	RUA 22,Nº 142		
<b>Bairro</b>	CONJUNTO JEREISSATI I	<b>CEP</b>	61910-000
<b>Municipio/UF</b>	MARACANAÚ-CE		

**DECLARO** para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 30 de NOVEMBRO de 2020



Declarante

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, GABRIEL ARAUJO DE SOUSA \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº 06673503527 DETRAN-CE \_\_\_\_\_, e CPF 059.511.813-56 \_\_\_\_\_, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório do Winston Bruno Nunes Pinho, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n. 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360., e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de \_\_\_\_\_, proposta contra a Seguradora Líder.

Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido(a) a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO o Dr. Winston Bruno Nunes Pinho, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n. 44.266, portador do RG nº 2007009244261 e do CPF 060.497.183-42, com escritório profissional na Avenida III, nº 576, bairro Jereissati I, Maracanaú/CE - CEP: 61900-360., de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange à autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

**“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”**

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Maracanaú (CE), 30 de NOVEMBRO de 2020



Declarante

---

TESTEMUNHA

CPF:

---

TESTEMUNHA

CPF:

## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu,

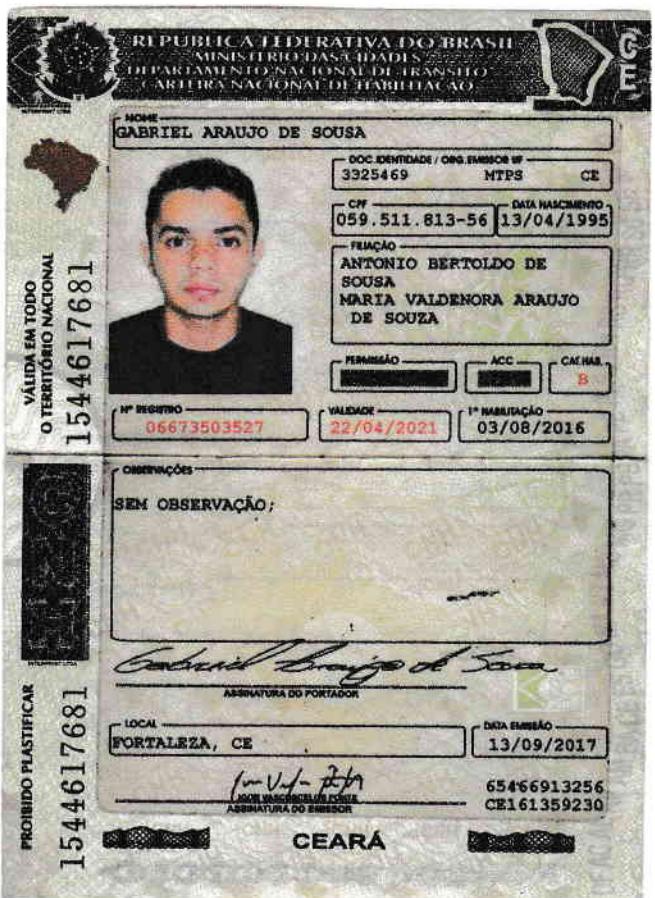
<b>Outorgante</b>	GABRIEL ARAUJO DE SOUSA		
<b>Nacionalidade</b>	BRASILEIRO	<b>Telefone</b>	(85)98798.1282
<b>RG</b>	06673503527 DETRAN-CE	<b>Estado Civil</b>	SOLTEIRO
<b>CPF</b>	059.511.813-56	<b>Profissão</b>	DESEMPREGADO
<b>Endereço</b>	RUA 22,Nº 142		
<b>Bairro</b>	CONJUNTO JEREISSATI I	<b>CEP</b>	61910-000
<b>Municipio/UF</b>	MARACANAÚ-CE		

**DECLARO que resido no endereço informado acima e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.**

Maracanaú-CE, 30, de NOVEMBRO, de 2020



\_\_\_\_\_  
Gabriel Araujo de Sousa  
DECLARANTE



**Nº do Cliente:** 3267461

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 089781101**

Rota MA018U09 - 38200  
Nome MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUSA  
Endereço RU 0022 CONJ JEREISSATI I, 00142, CARLOS JEREISSATI I, 61910-000, MARACANAU  
Classificação Resid. Baixa Renda  
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL  
Ligação Monofásico

Referência 11/2020

Emissão 25/11/2020  
Medidor 2457383-FAE-006

**ÁREA RESERVADA AO FISCO**  
C530517046E2008034F669D201013F9

**DATAS DE LEITURA** P.F.: 29 dias  
Anterior 27/10/2020 Atual 25/11/2020 Próxima prevista 26/12/2020

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

182	194	206	218	186	198	191	16	178	176	193	182	197
MED	MAIO	JUN	JUL	AUG	SETE	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB

**DADOS DA MEDIDAÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	22.224	22.031	1,88	193	88	193	0,52936	102,09

**DADOS DO FATURAMENTO**

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	25,12
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO	-	42,63
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO	-	-29,36
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,26167	7,85
CONSUMO DE 031 KWH ATÉ 100 KWH	0,44986	31,49
CONSUMO DE 101 KWH ATÉ 193 KWH	0,67473	62,75
COB DOACAO LBV 0800 055 5099	-	10,00
COB VIVER BEM FAMILIAR - 0800 6000560	-	19,90

**Tributo:** Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	144,72	27,00	39,07
PIS	105,65	1,04	1,08
COFINS	105,65	4,63	4,88

**VENCIMENTO** 20/12/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 170,38

**CONSUMO CONSCIENTE**  
EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

75,34	0,00	8,68%
-------	------	-------

**INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 29,36.

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 28/10 - 25/11

**DEBITOS ANTERIORES**  
MES/ANO VALOR(R\$)  
10/2020 173,37 Total: R\$ 173,37

Nº do Cliente: 3267461 Referência: 11/2020 V: [1.0.16.1]  
Data de Emissão: 25/11/2020 Total a Pagar (R\$): 170,38  
Nº da Nota Fiscal: 089781101 N° de Controle: 300316015645

83840000001 4 70380031300 2 31601564507 5 00003267461 9



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL  
 Impresso nº 2019726195



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 121 - 415 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **11/10/2019 13:44:12**  
 Data / Hora da Ocorrência: **29/05/2019 23:30:00**  
 Endereço da Ocorrência: **R 129, TIMBÓ - MARACANAÚ/CE**  
 Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GABRIEL ARAÚJO DE SOUSA**  
 Nascimento: **13/04/1995** CPF:  
 RG: **20071633310** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:  
 Filiação: **MARIA VALDENORA ARAÚJO DE SOUSA**  
**ANTONIO BERTOLDO DE SOUSA**  
 Endereço: **RUA 22, 142**  
 Bairro: **JEREISSATI I**  
 Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone: **3382-1739**

### Histórico

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na noite do dia 29/05/2019, por volta das 23:30h, pilotava sua moto da marca Honda/ CG titan 150 de cor preta, com placas NUM 3093, que esta em nome de OSVALDO COSTA LIMA FILHO, pela rua 129 do timbó quando desequilibrou em sua moto por conta de um cachorro que passou atravessando a referida rua; que, quando tentou desviar, acabou colicindo com a calçada vindo cair ao chão; Que na queda, quebrou os 4 dedos do pé direito; Que fora de táxi até o hospital de Maracanaú para fazer os primeiros atendimentos e depois fora transferido para o hospital Dionísio em Pajuçara; Que informa que não possui CNH para moto; Que deseja registrar este B.O para dar entrada no seguro DPVAT. E nada mais disse/////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PAULO CÉSAR CAMPOS SÁ - MAT.: 30122755**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Gabriel Araújo de Souza*  
**Jaelan Alves da Silva**  
 Delegado de Polícia Civil  
 Mat. 82.769

**JAELEN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*ABEMP*

**HMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA**  
**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**  
**RUA JOAO DE ALENCAR,S/N,CENTRO/MARACANAU-CE**  
**CEP:61900-150 FONE:(85)35215500**



		<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>			<b>CLINICA MEDICA</b>		<b>NOTURNO</b>	68
1901272299	25/05/2019 21:28:09	Paciente <b>GABRIEL ARAUJO DE SOUSA</b>	Data Nascimento <b>13/04/1995</b>	Idade <b>24 A 1 M 12 D</b>	CNS	CPF	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)PARDA</b>	Naturalidade <b>MARACANAU - CE</b>	Nacionalidade <b>BRASIL</b>	
Mãe				Pai		Contato		
Maria Valdenora Araujo				NI				
Endereço					CEP: <b>61.900-400</b>	Ocupação		
RUA - 1 - 142 - JEREISSATI I - MARACANAU - CE								
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor				Procedimento Sol.				
<b>SPA</b>								
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem					<b>GSC</b>	<b>TOTAL</b>		
					AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA ____ : ____ h)	<p>Paciente vítima de acidente por moto com fratura do pé direito.      Conscientes. Paciente medicado no urg.</p>							
Exame Físico	<p>Pé direito com edema e dor</p>							
Hipótese Diagnóstica	<p>Fratura pé direito</p>							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
<p>R.x pé direito com fratura</p>								
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ABEMP</i>							
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						
		<i>Dr. João Elísio de Holanda</i> <i>Cirurgião Geral</i> <i>CRM 15.618</i>						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
<b>CONFERE COM O ORIGINAL</b> <b>EM: 07/05/19</b>								
<i>Gilson Assunção de Figueiredo</i> Diretor Clínico - HMJEH - CREMEC 1.025								

Impresso por: joaobs  
 Data Hora: 25/05/2019 22:49:51

© 2019  
 SEADIV - Soluções em Tecnologia  
 SEADIV - Soluções em Saúde  
 V.4.2.33 - 01.08.09







## RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

PRONTUÁRIO:

UNIDADE DE INT./LEITO:

DATA DE NASCIMENTO: 13/04/95

NOME DA MÃE: MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUZA

ENDEREÇO: 22

NÚMERO: 142

BAIRRO: JEREISSATI I

CIDADE: MARACANAÚ

UF: CE

TELEFONE:

DATA DE INTERNAMENTO: 29/05/19

MOVIMENTO SAÍDA:

ALTA:

 CURADO MELHORADO A PEDIDO EVASÃO

ÓBITO:

 DECLARAÇÃO P/ MÉDICO ASSISTENTE DECLARAÇÃO IML/SVO

TRANSFERÊNCIA:

 ESTABELECIMENTO/HOSPITAL TRANSFERIDO:

RESUMO CLÍNICO:

TRATAMENTOS REALIZADOS ( DATA DA REALIZAÇÃO, CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, ÓRTESE, PRÓTESE, ETC)

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: ( DISCRIMINAR E QUALIFICAR TODOS OS EXAMES)

ORIENTAÇÕES:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA.



ANESTESIA - (OCURRÉNCIAS PRINCIPALES)

Date

Assinatura e Carimbo do Anexo, respectiva

**Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.**

Feb 11 1966

W. H. Miller  
1880

*Ranvier* Walter. *Tratado de  
Anatomia Patologica* - CE  
IBA-UFSCar

Cirurgião	
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	1º Auxiliar
2º Auxiliar	Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo	3º Auxiliar



Fone: (85) 9.8705-3716

Rua João Conrado, 363 - Prajuçara - Maracanaú/Ceará

Fone: (85) 9.8705-3716

Este documento é cópia do original, que é on-line e pode ser consultado no endereço: <https://www.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 02697879220208060001 e código 7D4B523.

Fone: (85) 9.8705-3716

NOME DO PACIENTE

ENF. OU APTO. LEITO PRONTUÁRIO

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

CRM-CE 7041  
Grau II / Traumatologista  
Médico de Clínica de Ortopedia

D



Paciente: GABRIEL ARAUJO DIOSUSA  
HOSPITAL ABEMP

30240  
DATA 05/06/2019

Fantaseia  
Técnico:



Paciente: GABRIEL ARAUJO DI  
HOSPITAL ABEMP

CUSA

CONV/SUS

04020

30240

DATA: 05/06/2010

Técnico:



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

*Alexandre Neves*  
Walter Cândido de Oliveira  
Ortopedia-Trauma  
CRM 7841

Paciente Gaseid Anaufo de Sousa  
24 ANOS, Vítima de Acidente  
de Trânsito B.O. N°125.415/2019  
Operou de Fraturas nos joelhos  
do Ante pé direito, 5º deo  
Podomelto / osteossíntese  
com microplacas, estes de  
coppa definitiva com grau  
alta de sequela.  
Importante de se evitarem  
anatomia funcional periférica  
CID-SQF

Walter Cândido de Oliveira  
Ortopedia-Trauma  
CRM 7841

*04/12/19*

Rua João Conrado, 363 - Pajucara - Maracanaú/Ceará - Fone: (85) 98705-3716  
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

# SINISTRO 3190595441 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

**CPF/CNPJ:** 05951181356

**Posição em 28-10-2019 10:11:29**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

29/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

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

---

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190595441**      **Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GABRIEL ARAUJO DE SOUSA**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004371**

**Conta: 000000022406-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

