



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-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 **WCRT.21.00301345-7** em **03/02/2021 10:35:34**.
- 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 : Crato
Processo : 0053027-36.2020.8.06.0071
Protocolo : WCRT.21.00301345-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 03/02/2021 10:35:34

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>[Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição* : 2781805_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2781805_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-23.pdf
Documentação : 2781805_CONTESTACAO_Anexo_02 - 24-26.pdf
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.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

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, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117882

Vítima: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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 Abril de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200117882**

Vítima: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

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 completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000094-9

Conta: 0000052865-X

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, 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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **222.410.513-49** 3 - CPF da vítima: **222.410.513-49** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Helzen de Oliveira França**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Helzen de Oliveira França	6 - CPF: 222.410.513-49		
7 - Profissão: Professor	8 - Endereço: RUA Gopoúva Pinheiro Celas	9 - Número: 22	10 - Complemento:
11 - Bairro: Imaruim Jardim	12 - Cidade: Crato	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 63100-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88976174242		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 94	CONTA: 52 865
(Informar o dígito se existir)			

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
--	-------------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? _____	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
--	--	---	--

38 - 1º | Nome: **Cecília Rosângela Felix**
CPF: **139.142.698-39**
Cecília Rosângela Felix

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **Alan Camilo Rodrigues**
CPF: **014.150.123-10**
Alan Camilo Rodrigues

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Crato 14 de Maio de 2020**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Francisco Helzen de Oliveira França**
43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Fernando Soárez**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Impresso nº 2020102484

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 904 / 2020****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO****Data / Hora da Comunicação: 04/02/2020 10:24:05****Data / Hora da Ocorrência: 27/11/2019 23:30:00****Endereço da Ocorrência: AV PADRE CÍCERO, SÃO MIGUEL - CRATO/CE****Ponto de Referência: SEMÁFORO DO POSTO MTD****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA****Nascimento: 04/03/1961 CPF: 222.410.513-49****RG: 1328557****Orgão Emissor: SSPCE****UF:****Filiação: MARIA HELENA DE FRANCA****JOSE HELDER FRANCA****Endereço: RUA EXPEDITO PINHEIRO TEL, 22****Bairro: GRANGEIRO****Município: CRATO/CE****País: BRASIL****CEP: 63.100-000****Telefone: (88) 9692-2237****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: PMV8191 Uf: CE Município: CRATO Chassi:****9C2KC2210GR023871 Renavam: 1076493480 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX Ano****Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA/ALCOOL****Cor: BRANCA Proprietário: TICIANA FERREIRA CANDIDO FRANCA****Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO****Histórico**

O declarante estava vindo de Juazeiro do Norte para o Crato, pilotando a motocicleta de sua esposa e no semáforo que fica entre o posto MTD e a farmácia Gentil, um carro avançou a preferencial colidiu frontalmente com a motocicleta que o declarante pilotava. O declarante não conseguiu anotar a placa do carro. O declarante foi socorrido por Manoel Gomes Fontenele (servidor do Fórum do Crato), que passava pelo local e foi testemunha ocular do acidente. Não sabe qual era o carro do acidente, pois o motorista parou e logo em seguida saiu de lá. O declarante foi levado para o Hospital São Raimundo, aqui no Crato, onde foi submetido a uma cirurgia no dia 05/12/2019, por conta de ter fraturado o punho esquerdo.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE ARTUR BORGES DE ALBUQUERQUE - MAT.: 138810-1-4****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****MANUEL INÁCIO TORRES NETO - MAT.: 198811-1-3**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **222.410.513-49** 3 - CPF da vítima: **222.410.513-49** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Helzen de Oliveira França**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Helzen de Oliveira França	6 - CPF: 222.410.513-49		
7 - Profissão: Professor	8 - Endereço: RUA Gopoúva Pinheiro Celas	9 - Número: 22	10 - Complemento:
11 - Bairro: Imaruim Jardim	12 - Cidade: Crato	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 63100-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88976174242		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 94	CONTA: 52 865
(Informar o dígito se existir)			

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
--	-------------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? _____	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1º Nome: Cecília Fernanda Felix CPF: 139.142.698-39 Assinatura da testemunha: Cecília Fernanda Felix	39 - 2º Nome: Alan Camilo Rodrigues CPF: 014.150.123-10 Assinatura da testemunha: Alan Camilo Rodrigues		

40 - Local e Data: **Crato 14 de Maio de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00094-9

CONTA: 00000052865-X

Nr. da Autenticação 781F1DFA440062B2



**CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA
SOCIÉTÀD ANGLO-DE ÁGUA E ESSO**
Av. Presidente Vargas, 30 - Caxias - Ceará CE 62123-1044 | 0800210876
CNPJ: 62.116.167/0001-08 | www.saece.com.br

FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA
RUA EXPEDITO PINHEIRO TEL. 22.0
63190000, GRANGEIRO CRATO-CE
ROTA 0-11-5620

MES/ANO:01/2020
NR. GUIA
20016450
CATEGORIA/QTDE

PROJETO	QD. LESTRADA	CATEGORIA/QTDE
DESCRICAO		VALOR
Tarifa de Água		67,94
CORTECAO HOB TARTIA QDI/19		9,48
HONTA REU OUT/19		1,66
HORA REU QDI/19		5,35
PIS		1,12
CONFINS		5,16

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	MOVIMENTO	MÉDIA A TARDE	
17/12/2019	18/01/2020	10/02/2020	R\$ 85,43	
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CORRIGE BEM	MÉDIA PÁTALDO	MÉDIA
208 m3	230 m3	22 m3	22 m3	32 m3
MR. DE HORNETO		0000	0000	DATA DE INSTALAÇÃO
A18F032874		0 m3		19/07/2019

DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES				NOTA			
	DATA	HORA	REAJUSTE	ATENÇÃO, CONFORME RESOLUÇÃO 01/2018 DE MAIO DE 2018, FICA AUTORIZADO REAJUSTE NAS TARIFAS, A PARTIR DE 01 DE JANEIRO DE 2020 DE ACORDO COM IPCA/IBGE E -			
Dez/2019	30	30	1,00				
Nov/2019	30	30	1,27				
Out/2019	30	30	1,29				
Set/2019	30	30	1,17				
Ago/2019	27	30	0,90	MESES EM DEBITO: NOV/19-DEZ/19 = CASO O DEBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSIDERE ESTE REAVISO.			
Jul/2019	31	30	1,10				
RESUMO DAS MEDIDAS LEVADAS VIVE VERS		PERÍODO DE REFERÊNCIA: 01/01/2018 A 31/12/2018					
PROJETO							
CLORO	MG/L	0,20 a 2,00	623	1,00			
COLIFORMES S. T	NMP/0,1	0,00 a 5,00	3	0,00			
ESCHERICHIA	NMP/0,1	0,00 a 0,00	3	0,00			
FLUOR	MG/L	0,00 a 1,50	0	0,00			
PH	PH	6,00 a 9,50	603	6,00			
TURBIDEZ	NTU	0,00 a 5,00	0	0,00			

Vivo

Nº da Conta 033318438
Mês de referência 10/2019
Período 02/09/2019 a 01/10/2019
Data de emissão 04/10/2019

EVERARDO DE SOUSA LEITE
R MAURICIO AL MEIDA 26
ZACARIAS GONCALVES
63110-130 CRATO - CE

www.vivo.com.br/meuvivo
Fale conosco! Central de Relacionamento
• 8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco
Telefônica Brasil S.A.
Av. Senator Virgílio Teixeira, 1001
CEP 60170-250 - Fortaleza CE
IE: 06.568017-9
CNPJ/Matriz 02.558.157/0014-62
CNPJ/Filial 02.558.157/0111-34

Vencimento
17/10/2019

Total a Pagar - R\$
38,99

Aproveite os benefícios do Vivo
Valoriza no App Meu Vivo.

Seus Números Vivo
88-98148-1362

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

O que está sendo cobrado

Serviços Contratados	Quantidade de Planos/Pacotes	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$	Indisponível	Utilizado	Valor Total R\$
VIVO CONTROLE_2GB	1	1	38,99			38,99
VIVO CONTROLE SERV.DIGITAL	1	1	0,00			0,00
Subtotal						38,99

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. ² 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 EVERARDO DE SOUSA COICE

inscrito (a) no CPF/CNPJ 346.395.783,34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARCUSCO HELGEN DE OLIVEIRA FRANCA inscrito (a) no CPF sob o Nº 222.410.513,49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCUSCO HELGEN DE OLIVEIRA FRANCA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 222.410.513,49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Manoel Almeida</u>	Número:	<u>26</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZACAMAS Bonsucesso</u>	Cidade:	<u>ENOTÓ</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>63110130</u> Tel.(DDD): <u>88996174242</u>

Local e Data: PARA 14 DE MARÇO DE 2020

-Everardo de Souza Coice
Assinatura do Declarante

DATA ATEND.	28/11/2019	Nº ATEND.	593961		
PÁTIENTE	FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA	SEXO	MASCULINO		
DATA NASC.	04/03/1961	IDADE	58		
RG	1328557	CPF	222.410.513-49		
MAE	MARIA HELENA DE FRANCA				
ENDERECO	RUA EXPEDITO PINHEIRO TELES 22 CASA	BAIRRO	PARQUE GRANGEIRO		
CIDADE	CRATO	CEP	63132070		
TELEFONE	88999707179	MÉDICO	JEAN MITCHELSON LUCENA MO		
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRÍCULA	706507378268894	TIPO DE ATEND.	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA: URGENCIA MENOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 28/11/2019 00:21
 Classificador.....: JUSSIANE DE SOUZA RODRIGUES
 Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA
 GRUPO DE PREGUNTAS: TOLIFE
 QUEIXA: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO.
 ORIGEM: CASA
 TIPO DE CHEGADA: PA
 ENCAMINHAMENTO: CONSULTORIO
 GLASGOW: 15
 DOR: MODERADA
 OXIMETRIA DE PULSO: HOJE

Término da Classificação:<8046XXXX> 00:17
 Coren: 277044

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO E COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE
 RX: FRATURA RADIO DISTAL E
 CD:

INTERNAMENTO CLINICO
 TALA AXIOPALMAR E

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

Assinatura é o sinal do Médico

Jean Lucena
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRMCE 8809





Recebidos

Controle/Arquivo
Comp.: ___ / ___
Apres.: ___ / ___

FICHA DE INTERNACÃO

Prontuário 98836
Internação 595396

Impresso 05/12/2019 03:54

DADOS DO PACIENTE					
Paciente	FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA	Nasc.	04/03/1961	Idade	58
Matrícula	706507378268894	Responsável	FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA		
F		Bairro	PARQUE GRANGE		
Endereço	RUA EXPEDITO PINHEIRO TELES 22	Cep.	631		
Cidade	CRATO	Telefone	889928095429997138474		
Mãe	MARIA HELENA DE FRANCA	Pai	JOSE HELDER FRANCA		
CPF	222.410.513-49	RG	1328557		
Natural	CRATO	Raça	PARDO		
Profissão					

Médico JOSE LEITE LANDIM NETO
Clinica INTERN. CIRURGICA
Setor POSTO MASCULINO
Acomodação AM03
Leito AM3.09

Data/Hora 05/12/2019 03:51
Convênio SUS INTERNADOS
Caráter ELETIVA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente GILVAN

DADOS DE ATENDIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

ANTECEDENTES PESSOAIS		HAS ()	DM ()	AVC ()	ALERGIA A DROGAS ()
EXAME FÍSICO - EDMAR JOSÉ RIBEIRO DANTAS JUNIOR SINAIS VITAIS PA = 101 FP = 146/60 FR = Leitura de Ribeiro Dantas Júnior TA = ACV AR Atividade de Faringe ABDOMEN Edna NEUROLOGICO Data 27/07/19 ECG PUPILAS AO = RV = RM =					

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO **TRASNE P/5 MÉDICO**

RESERVADO A RECEPÇÃO
Nº DO UNISUS 13150023635 TRASNE P/MÉDICO

ASSINATURA *[Assinatura]* **CONDICOES DE ALTA** *[Assinatura]*

ASSINATURA Gerson Q5-13-19 **CONDICOES DE ALTA** anual

06/12/19 **ALTA EM:** Neto

01/01/19 Jandim Neto
Jandim Neto
Biologia

Paciente/Responsável José L. Landim
Endereço: Rua Matogrossense, 27 - Centro
Cidade: Porto Alegre
UF: RS CEP: 90.000-000

Paciente/Responsável

Médico(a) : 11611 JOSE L. VILLEZ RENDON ALVAREZ

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
AV. TEODORICO TELES N°99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160
TEL: 088 3523 2600

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Prescrição: 151203

1/#pi

Paciente: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA
Data Solic.: 05/12/2019 14:25:17
Data Pr. Ini: 05/12/2019 16H
Data Atend.: 05/12/2019 03:51:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERNADOS
Data Pr. Enc: 06/12/2019 16H Prescrição: 151203
Atendimento: 595396 (1) Leito: AM3.09

Dietas
Item Elém código Descrição
001 01 DIETA LIVRE

Nome de Segurança	Opção Comercial	Dose	Uni	Via Freqüência
SORO FISIOLÓGICO		2	FRS	EV
DIPIRONA SODICA		4	AMP	EV
TENOXICAM		2	FRP	EV
CLORIDRATO DE TRAMADOL		3	AMP	EV
HEPARIN		1	AMP	SC
CEFALOTINA SODICA		4	FRP	EV

Medicações
Item Elém código Descrição
002 01 00010102 SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL DE 12/12 HS - *500*
003 01 00010065 DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML DE 06/06 HS - *2*
004 01 00010109 TEMOXICAM; 20MG FRASCO-PO DE 12/12 HS - *10*
005 01 00010055 (C) TRAMADOL, CLORIDRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJE 08/08 HS EM 100 DE SF - *10*
006 01 00010147 H HEPARINA; 5000UI/ML AMPOLA 0,25ML H 22
007 01 00010028 (A) CEFALOTINA SODICA; FRASCO-PO 1GR PO DE 06/06HS - *10*

Cuidados
Item Elém Código Descrição
008 01 CCGS

Ass. Prestador: JOSE LEITE LANDIM NETO (CRM 11611)
Impresso em 05/12/2019 14:25:29 pelo Usuário LANDIM

*folha
017401*

Pag

Dr José L. Landim Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11611 / SPOR 13.244

Dr. Belmo A. Macêdo Guedes
Cirurgião do Ombro, Tornozelo, Mão, Pernas
Ortopedia, Traumatologia, Ortopedia Esportiva
CRM 115111 / SPOR 13.244

ATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM					DRENOS SONDAS
	T	P	R	SNG	DIURESE	
05/03/2012	Presente embolismo no cérebro					
12/03/2012	Procedimento de drenagem de líquido cefalorraquídeo. Banda elástica com ligadura de 10 cm.					
10/04/2012	AUP sim m5 D. Gestação 09 m. Lembre-se de ventilação lento e profunda + hidratação por dor e febre. Fisiologia normal intencional. O excesso re- sistência ao seu ritmo de respiração com consequente arrependimento	78	97 ⁰³ 10 ⁰³	132 138		

BOLETIM DE CIRURGIA

BOLETIM DE CIRURGIA

Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE

Edson de Oliveira

DIAGNÓSTICO

Varizes Genitais

OPERAÇÃO

Varizes Genitais

MATERIAL DE SALA

61

TIPO

Q

V.U

VT

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

Q

V.U

VT

CIRURGIA

Reg.

CÓDIGO C.I.D

11

CÓDIGO S.S.M

05

DATA

12

MÊS

14

ANO

Sim

Não

ANESTESIA

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

ANESTESIA

Geral Local Outros

DURAÇÃO

Horas

Minutos

Horas

Minutos

Horas

Minutos

Horas

Minutos

Horas

Minutos

Horas

Minutos

EMERGÊNCIA

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

MINUTOS TOTAL

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Ass. da Enfermeira

MINUTOS COM ACESO

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Ass. da Enfermeira

MINUTOS SEM ACESO

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Ass. da Enfermeira

NOME DO PACIENTE

IDADE

DATA

CLÍNICA

APTO./LEITO

CIRURGÃO

ANESTESISTA

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

13:45

14:20

Letícia M. Roberto Dutra Lapa
MÉDICA CRM 3458
CPF 128.067.174-10

	15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30
A	N2O													
G	O2													
E														
S														

Líquidos venenosos

500cc

mmHg

PA

V

°C

240

38

220

●

36

220

PULSO

●

34

180

X

32

160

O!

0

30

140

120

100

80

60

40

20

Expon.

Assist.

Contro.

SÍMBOLOS

</div

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICO PRÉ-ANESTÉTICO

Hospital São Raimundo/Fundaçao Leandro Bezerra de Menezes

ANOTACOES TECNICOS DE ENFERMAGEM

PACIENTE	FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA F	ATENDIMENTO	595396
OPERADOR	GABRIEL	CONVENIO	
DATA/HORA	05/12/2019 04:30	LEITO	AM3.09

TEMPO OPERATORIO/INTERNAIMENTO

PRÉ-OPERATORIO

ESTADO GERAL

ADMITIDO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO

NIVEL DE CONSCIENCIA

CONSCIENTE

NIVEL DE ORIENTACAO

ORIENTADO

PADRÖES DE SSVV

PA=120/80mmhg T=36.7 C

QUEIXA DO CLIENTE

SEM QUEIXAS

ITENS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO

AGUARDA PRESCRIÇÃO MÉDICA

DRENOS

SEM DRENOS

SONDAS

SEM SONDAS

CURATIVO

SEM CURATIVOS

OUTRAS ASSISTÊNCIAS REALIZADAS

CUIDADOS GERAIS

PENDÊNCIAS

FICARÁ EM DIETA ZERO

Gabriel

GABRIEL FELIX DE MOURA SILVA
COREN:1145740-CE

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTACOES TECNICOS DE ENFERMAGEM

PACIENTE	FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA F	ATENDIMENTO	595396
OPERADOR	ANDERSON	CONVENIO	
DATA/HORA	05/12/2019 TARDE	LEITO	AM3.09

TEMPO OPERATORIO/INTERNAIMENTO

PACIENTE EM TRATAMENTO CIRURGICO

ESTADO GERAL

ESTAVEL, EUPNEICO, EM DIETA ZERO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

NIVEL DE CONSCIENCIA

COSNCIENTE

NIVEL DE ORIENTACAO

ORIENTADO

PADROES DE SSVV

PA = 120X70

T = 36,5°C

QUEIXA DO CLIENTE

NAO APRESENTOU QUEIXAS ATÉ O MOMENTO

ITENS RELACIONADOS A PRESCRICAO

M.C.P.M

DRENOS

AUSENTE

SONDAS

AUSENTE

CURATIVO

CURATIVO OCLUSIVO EM FO

OUTRAS ASSISTENCIAS REALIZADAS

CUIDADOS GERAIS

PACIENTE ENCAMINHADO AO CC E RETORNOU SOB EFEITO ANESTESICO

PENDENCIAS

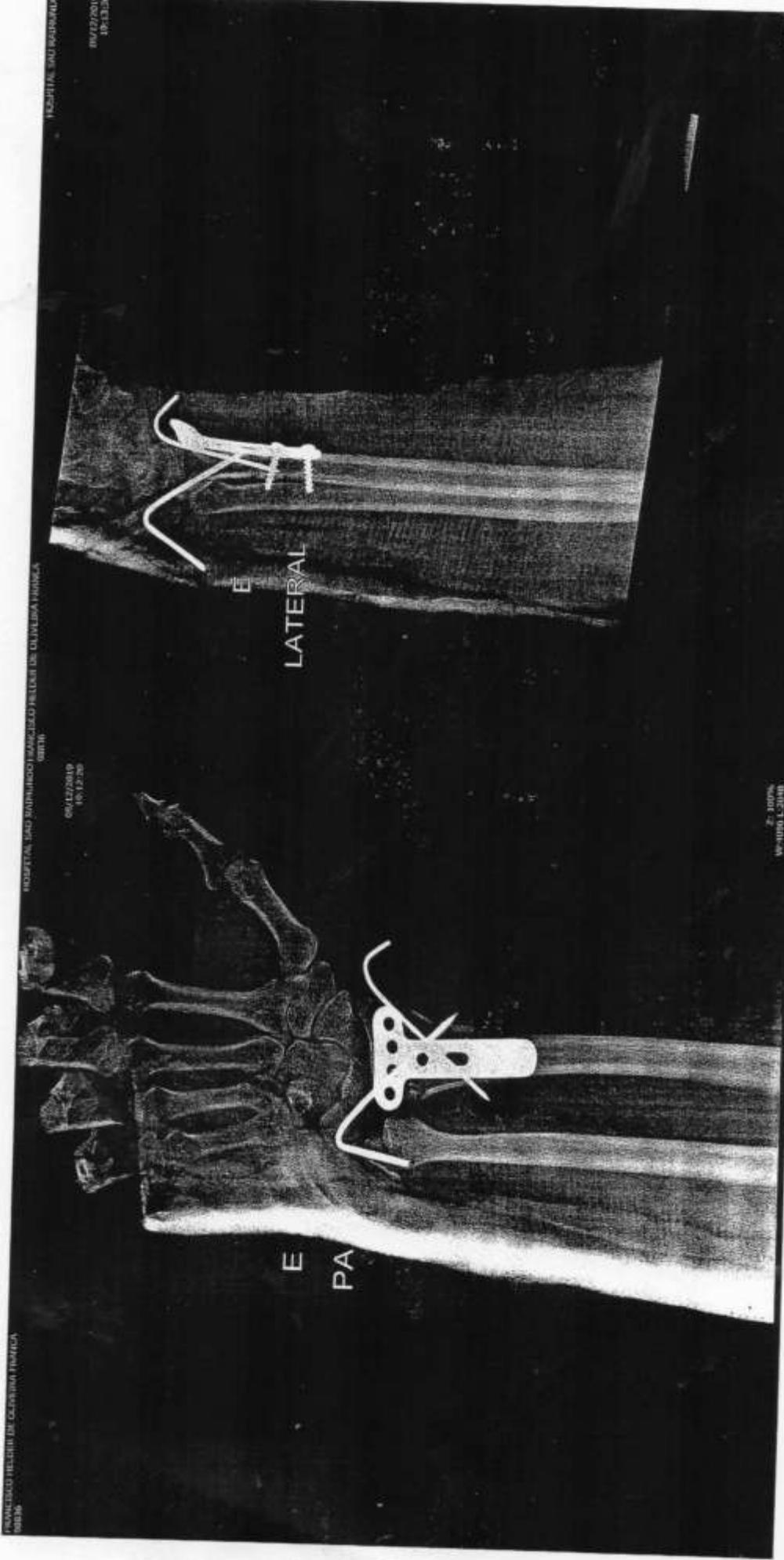
NENHUMA

Anderson S. Barros
Técnico em Enfermagem
COREN-CE 1301447

ANDERSON ADAILTON DOS SANTOS BARROS
COREN:1301447-CE

PEOPLE SOLUÇÕES
Paciente: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRA
Data : 05/12/2019 ID: 98836

EXAME:



Pa m

Va m

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

NOME: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF	LP9600631	DEMÉC	CE
CPF	222.410.513-49	DATA NASCIMENTO 04/03/1961	
FRAÇÃO	JOSE HELDER FRANCA		
MARIA HELENA DE FRANCA			
PERMISSÃO	ACC	CATAR	AB
Nº REGISTRO	03487535315	VALIDADE	04/07/2021
1ª HABILITAÇÃO 05/05/1979			

VALIDEZ EM TODO

O TERRITÓRIO NACIONAL

1225647024

OBSERVAÇÕES:

A-7

Francisco Helder de Oliveira Franca

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL	CRATO, CE	DATA EMISSÃO	03/08/2016
<i>José Vaz/angelos Ponte</i>		92381647054	CE154243515
ASSINATURA DO EMISSOR			

DETTRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1225647024

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EVERARDO DE SOUSA LEITE



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
113053686 SSP CE

CPF
346.395.783-34 DATA NASCIMENTO
13/12/1967

FILIAÇÃO
FRANCISCO NUNES DE
SOUSA
ANTONIA LEONI LEITE
SOUSA

PERMISSÃO
ACC CAT.HAB.
AD

Nº REGISTRO
00742628410

VALIDADE
31/03/2021 1ª HABILITAÇÃO
28/05/1997

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Everardo de Sousa Leite

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATO, CE

DATA EMISSÃO
07/06/2016

Igor Vascôncelos Ponte

70052230453
CE152745157

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (DETRAN)

1225575488

1225575488

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117882 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
FRANCA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093407/20

Vítima: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANC

CPF: 222.410.513-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/11/2019

Titular do CPF: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA : 222.410.513-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

Data da apresentação: 16/03/2020
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE
CPF: 346.395.783-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

EVERARDO DE SOUSA LEITE

ALANA DA SILVA DE MATOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117882 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
FRANCA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA, brasileiro (a), estado civil: CASADO.
Profissão: Professor, portador (a) do RG LP.9600631 DEMEC, órgão expedidor: SSP/CE
e do CPF: 222.410.513-49, residente no (a): Rua EXPEDIRIO PRINCIPIO DEZ/ES
nº 22, bairro: Parque Gonçalves, município: Crato/Ceará

OUTORGADO:

Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro, estado civil: Casado, Profissão: Autônomo, portador
do RG 1130536-86, órgão expedidor: SSP/CE e do CPF: 346.395.783-34, residente na Rua
Mauricio Almeida nº 26, bairro: Zacarias Gonçalves, município: Crato/Ceará

AUTUNTO 27 DE FEVEREIRO DE 2019
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e
outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do
seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e
poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,
permitindo para perfeito cumprimento deste mandado, da vítima

Francisco Helder De Oliveira Franca
Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou
Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

* Francisco Helder De Oliveira Franca

Assinatura do outorgante

Local e data,

Crato 14 de Março de 2020

Nome:

CPF:

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

1º Nome: RICARDA APARECIDA FELIX
TESTEMUNHAS
CPF: 139.142.628-39
Assinatura

2º Nome: ALAN CAMILO RODRIGUES
Assinatura
CPF: 009.150.172-10
Assinatura

CARTÓRIO FIGUEIREDO
Rua Tristão Gonçalves, 334-Centro
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de FRANCISCO
HELEDER DE OLIVEIRA FRANCA Em test. H da
verdade. Dou Fé. Crato-CE, 13/03/2020.

NARA REGIA CAVALCANTE GUILHERME

CARTÓRIO FIGUEIREDO - NARA
NARA REGIA CAVALCANTE GUILHERME
- ESCRIVENTE COMPROMISSADA -

