

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

> 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 **WEB1.21.01876093-8** em **15/02/2021 15:58:05**.
- 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** : 0206662-19.2021.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.21.01876093-8  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Contratos de Consumo  
**Data/Hora** : 15/02/2021 15:58:05

### 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\*** : 2784973\_CONTESTACAO\_01 - 1-11.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2784973\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-18.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





Prefeitura de  
**Maranguape**

Secretaria de Saúde

**Secretaria da Saúde de Maranguape**

## **RECEITUÁRIO MÉDICO**

Atestado

Este é o meu Boa Mço  
do seu foi submetido a  
Testamento iugicis de lxxaber  
classe de velo, resutado e  
sulmado no final ab  
li permitir, plo qm 60% da  
chave de seu exequo por  
capitante coloq. e, o qdade de  
alto dgo mto".

**POLICLÍNICA MUNICIPAL DE MARANGUAPE**  
Rua Getúlio Nascimento, s/n - Outra Banda  
Maranguape - Ceará  
HMARAH Tel.: 3369.9229

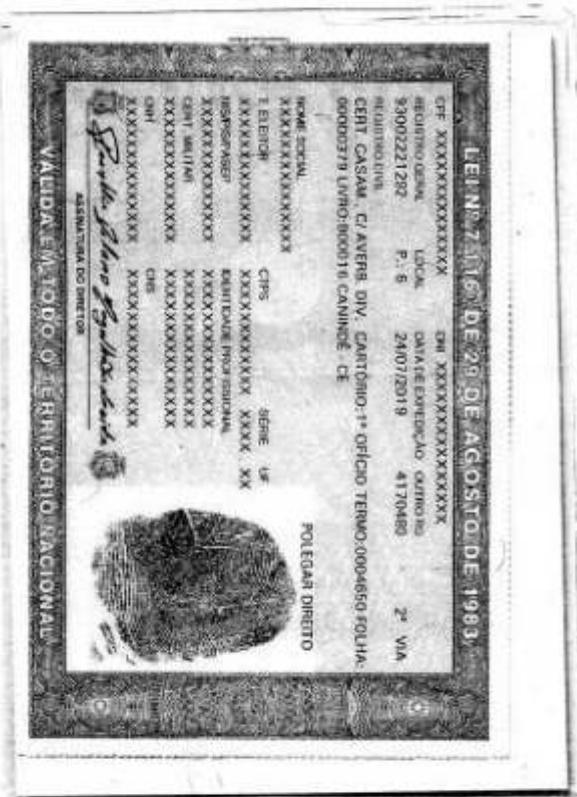
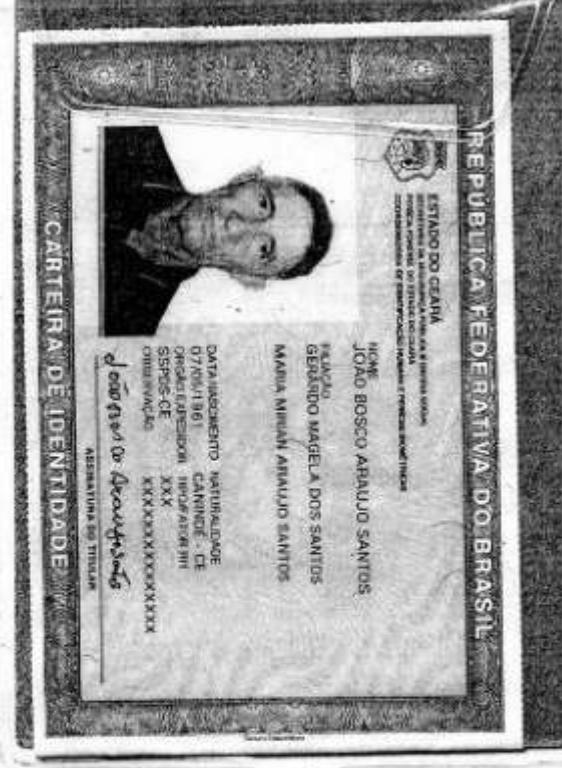
Dr. Roberto Venzin Borges  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4663

05

11

pe 19

Av. Senador Almir Pinto S/N - Centro, Maranguape - CE, 61.940.145  
Telefone: 3369.9134



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**218.829.403-34**

Nome  
**JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

Nascimento  
**07/05/1961**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**98D0.488C.5E17.2083**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **08:59:14** do dia **17/06/2014** (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: **00**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

**Vítima:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

**CPF:** 218.829.403-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/01/2019

**Titular do CPF:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS : 218.829.403-34**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019  
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS  
CPF: 218.829.403-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019  
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA  
CPF: 048.755.333-06

---

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

---

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

**Número do Sinistro:** 3190571119

**Vítima:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

**CPF:** 218.829.403-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/01/2019

**Titular do CPF:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS : 218.829.403-34**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2019  
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS  
CPF: 218.829.403-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

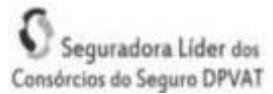
---

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

**Número do Sinistro:** 3190571119

**Vítima:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

**CPF:** 218.829.403-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/01/2019

**Titular do CPF:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS : 218.829.403-34**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019  
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS  
CPF: 218.829.403-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

---

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

**Número do Sinistro:** 3190571119

**Vítima:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

**CPF:** 218.829.403-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/01/2019

**Titular do CPF:** JOAO BOSCO ARAUJO  
SANTOS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019  
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS  
CPF: 218.829.403-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

---

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190571119      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS      **Data do acidente:** 16/01/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM BATENTE EM ACRÔMIO, HIPOTROFIA MODERADA DE DELTOIDE, BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO, DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 22/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** APRESENTOU EXAME DE RAIO X.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado      | Indenização pelo dano |
|---|--|--|----------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%         | R\$ 2.531,25          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>18,75 %</b> | <b>R\$ 2.531,25</b>   |

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, 10 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190571119**

**Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

**Data do Acidente: 16/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190571119**

**Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

**Data do Acidente: 16/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto. |
|---------------------------------|---|

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

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, 16 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190571119**

**Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

**Data do Acidente: 16/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

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

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência. |
|---------------------------------|--|

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

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, 31 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190571119**

**Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

**Data do Acidente: 16/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

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

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Documentação médica-hospitalar</b> | Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. |
|---------------------------------------|--|

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

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, 12 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190571119**

**Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

**Data do Acidente: 16/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

**Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190571119**

**Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

**Data do Acidente: 16/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

**Recebedor: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 004**

**Agência: 000000189**

**Conta: 0000031580-6**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

218829403-34

4 - Nome completo da vítima:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

6 - CPF:

218829403-34

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CANINDÉ

12 - Cidade:

FORA DO CEP

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60110.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

055 9 96137525

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA OS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0189

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 31580

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

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 teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

informações  
digitais da  
vítima ou  
representante  
legal informadas

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## EXTRATO DE CONTA CORRENTE

### Informações da Conta

Titular: JOAO BOSCO ARAUJO  
SANTOS

CPF: 218.829.403-34

Agência: 0189-FORTALEZA MONTESE

Conta 31580-6  
Corrente:

Saldo R\$ 0,00  
Anterior:

Período: 01/08/2019 à 13/09/2019

### Detalhamento do Extrato

SAC BANCO DO NORDESTE - 0800 728 3030 - OUVIDORIA - 0800 033 3033 -  
[www.bancodonordeste.gov.br](http://www.bancodonordeste.gov.br)

# 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: 3 - CPF da vítima: 218829403-34 4 - Nome completo da vítima: **JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS**  
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS** 6 - CPF: **218829403-34**  
 7 - Profissão: **PERMENO** 8 - Endereço: **RUA** 9 - Número: **01** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **CANIDEZINHO** 12 - Cidade: **FEIJÓ** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60110.000**  
 15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): **655996137525**

## 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:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA OS 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO NORDESTE**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0180**

CONTA: **31580**

**6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, só 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  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 teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivíspor)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data: **Fortaleza, 15/10/2019**

**JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAN'S (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do Sinistro ou ASL:

3 - CPF da Vítima:

218829403-34

4 - Nome completo da vítima:

JOAO BOSCO ARAUJO NEVES SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOAO BOSCO ARAUJO NEVES SANTOS

6 - CPF: 218829403-34

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TR SAO LUIS DO SIQUEIRA

9 - Número:

01

10 - Complemento:

CSA

11 - Bairro:

CRUZAMENTO

12 - Cidade:

Fed. 04100-029

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60110-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(65) 9 96137525

## 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:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA - OS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

6

(Informar o dígito se existir)

(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, cesse já e somente após a efetivação do credito, quitação total do valor recebido.

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

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

teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (velascer):

Sim

Não

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

Falecidos:

Sim

Não

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190571119  
Nome do(a) Examinado(a): Joao Bosco Araujo Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): T Sao Luis Siqueira, 00001 Cs  
Centro Fortaleza CE CEP: 60110-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 93002221292  
Data local do acidente: [ 16/01/2019 ]  
Data local do exame: [ 22/11/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA-LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO**

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

**Tratamento: OSTEOSSÍTESE COM FIO METÁLICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: 15/11/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM BATENTE EM ACRÔMIO, HIPOTROFIA MODERADA DE DELTOIDE, BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO, DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO.**

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

**(X) Sim**  Não

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

**(X) Sim**  Não

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

**SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.**

Caso a resposta do item V seja "'Não'", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio **(X) 75% intensa**  100% completo

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

Região Corporal (Sequela):

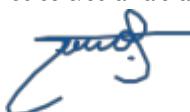
Região Corporal (Sequela):

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

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

VIII.(\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**APRESENTOU EXAME DE RAIO X.**



Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



**Dr. Greive Freitas Cavalcante**  
CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2019207751

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1016 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **29/03/2019 16:40:42**

Data / Hora da Ocorrência: **16/01/2019 05:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA MARIA GOMES DE SA**

Complemento:

Bairro: **CONJUNTO ESPERANCA** Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO BOSCO ARAUJO SANTOS**

Nascimento: **07/05/1961** CPF: **218.829.403-34**

RG: **93002221292** Orgão Emissor: **UF: CE**

Filiação: **MARIA MIRIAN ARAUJO SANTOS**

**GERADO MAGELA DOS SANTOS**

Endereço: **RUA SETEMBRINA, 900**

Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

### Histórico

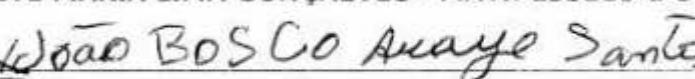
Que no dia 16/01/2019, por volta das 05:00 hs se dirigia para o seu trabalho em sua bicicleta, quando uma motocicleta de placas OIG-8096, colidiu com sua bicicleta, vindo a vítima cair ao solo, sofrendo lesões na clavícula e na cabeça, sendo socorrido pelo SAMU para o Frotinha de Parangaba, passando por procedimento cirúrgico. Que o condutor da moto também ficou lesionado e foi socorrido para o mesmo hospital.

OBS: A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

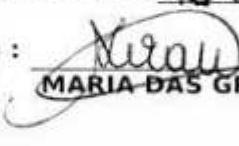
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 **SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  **João Bosco Araujo Santos**

VISTO DO DELEGADO(A) :

 **MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

218829403-34

4 - Nome completo da vítima:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

6 - CPF:

218829403-34

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CANINDÉ

12 - Cidade:

FORA DO CENSO

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60110.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

055 9 96137525

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA OS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0189

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 31580

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  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 teve filhos?

Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velascer)?

Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim  Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

informações  
digitais da  
vítima ou  
representante  
legal informadas

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)



## EXTRATO DE CONTA CORRENTE

### Informações da Conta

Titular: JOAO BOSCO ARAUJO  
SANTOS

CPF: 218.829.403-34

Agência: 0189-FORTALEZA MONTESE

Conta 31580-6  
Corrente:

Saldo R\$ 0,00  
Anterior:

Período: 01/08/2019 à 13/09/2019

### Detalhamento do Extrato

SAC BANCO DO NORDESTE - 0800 728 3030 - OUVIDORIA - 0800 033 3033 -  
[www.bancodonordeste.gov.br](http://www.bancodonordeste.gov.br)



## DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **João Bosco Araújo Santos** - C.P.F. **218.829.403-34**, no dia **16/01/2019**, às **05hs**, na **Rua Maria Gomes de Sá**, no **Bairro Conjunto Esperança**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P572081/2019**.

Fortaleza, 27 de fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

  
**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

  
**Reinaldo Silva Machado**  
Protocolo/SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 54558-1

  
**Reinaldo Silva Machado**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza





# 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: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00189

CONTA: 000000031580-6

---

Nr. da Autenticação F7186895011B7365

