



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

Identificar-se

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro  
Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.19.01166741-7** em **26/03/2019 11:44:13**.

### Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabipompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- 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 : 0215342-03.2015.8.06.0001  
Protocolo : WEB1.19.01166741-7  
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 26/03/2019 11:44:13

### Partes

Solicitante : Maritima Seguros S/A

### Documentos Protocolados

Petição\* : 2571477\_ELABORAR JUNTADA DE DOCS\_01 - 1.pdf  
Documentação : 2571477\_ELABORAR JUNTADA DE DOCS\_Anexo\_01\_compressed - 1-6.pdf

### Downloads

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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2015

Carta n°: 7904669

A/C: PAULA FRANCINETE VIEIRA CANUTO

Sinistro: **3150726949**  
Vitima: **PAULA FRANCINETE VIEIRA CANUTO**  
Data Acidente: **28/05/2015**  
Natureza: **INVALIDEZ**  
Procurador:

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PAULA FRANCINETE VIEIRA CANUTO**

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

Banco: **001**

Agência: **000001071-5**

Conta: **000010017873-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	<b>0,00</b>
Juros:	R\$	<b>0,00</b>
Total creditado:	R\$	<b>1.687,50</b>

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

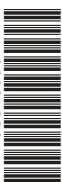
Valor a indenizar: **12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

**EU, Paulo Francinete Vieira Canuto**  
**PORTADOR(A) DO RG N° 2002005030509 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 21/02/2002**  
**CPF 021872033-52 /CNPJ 000000000000-00. PROFISSÃO Recup.**  
**E RENDA MENSAL DE R\$ Recup. (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO**  
**SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Paulo Francinete Vieira Canuto AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO**  
**DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.**

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, com comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTES:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 107-1-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13.873-X

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Independência 07 de 08 de 15  
LOCAL E DATA

**Paulo Francinete Vieira Canuto**  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, observando a limitação máxima na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de óbito de parente direto;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvat.com.br](http://www.dpvat.com.br)

DOCUMENTO 1 "T1%"



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
10/06/2015 - Autoatendimento - 10:14:18  
107170516 0311

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: PAULA FRANCINETE VIEIRA C  
AGÊNCIA: 1.071-5 CONTA: 17.673-X

VARIACAO:	051
SALDO ATUAL:	751,78C
VALOR BLOQUEADO	0,08

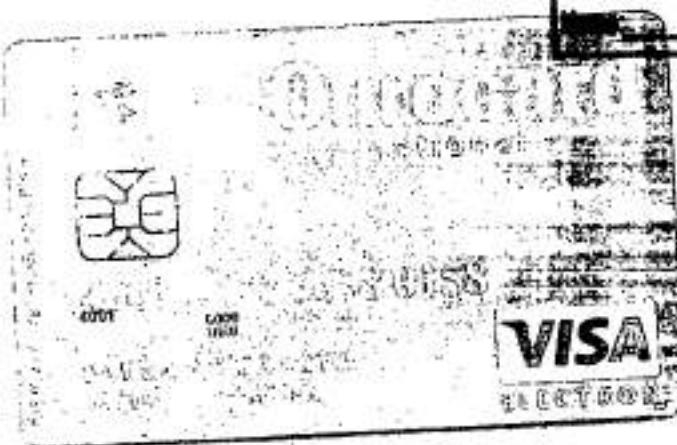
POUPANCA PREMIA CLIENTES BB.  
SAIBA MAIS EM WWW.BB.COM.BR/POUPANCAPREMIA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

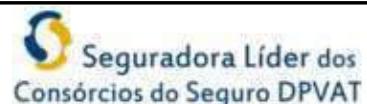
COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

NCRB 1-9 AGO 2015

10



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150726949      **Cidade:** Independência      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULA FRANCINETE VIEIRA CANUTO    **Data do acidente:** 28/05/2015      **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/09/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em tórax + Trauma em ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

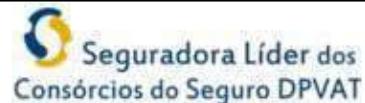
**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150726949      **Cidade:** Independência      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULA FRANCINETE VIEIRA CANUTO    **Data do acidente:** 28/05/2015      **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO TÓRAX E OMBRO ESQUERDO.

**Descrição do exame** VÍTIMA QUEIXA-SE DE OMBRO ESQUERDO DOLOROSO. AO EXAME: EDEMA, ATROFIA MUSCULAR E DÉFICIT DE  
**médico pericial:** FORÇA. LIMITAÇÃO PARA ABDUÇÃO E ROTAÇÕES. EVOLUIU COM SEQUELA.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.  
LIBERADA COM DANO NO OMBRO. SEM SEQUELA TORÁCICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **PAULA FRANCINETE VIEIRA CANUTO** Sinistro: **3150726949** Data: **28/05/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 13 DE MAIO, 652 - SAO VICENTE - Independência - CE - CEP 63640-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSPDS /CE** ] **2002005030509**

Data local do exame: [ **14/09/2015** ] **Independência** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMA NO TÓRAX E OMBRO ESQUERDO. VÍTIMA QUEIXA-SE DE OMBRO ESQUERDO DOLOROSO. AO EXAME: EDEMA, ATROFIA MUSCULAR E DÉFICIT DE FORÇA. LIMITAÇÃO PARA ABDUÇÃO E ROTAÇÕES. EVOLUIU COM SEQUELA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. LIBERADA COM DANO NO OMBRO. SEM SEQUELA TORÁICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [  ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do ombro esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**Ombro esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) Total = "100% da IS"

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



Casemiro Dutra de Medeiros Junior  
CRM: 6818 - CE  
CPF: 150.879.65-27  
MIECO