



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

**e-SAJ** Portal  
de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico 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 **WEB1.19.01449748-2** em **02/08/2019 15:52:44**.

### Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabiopompeuadv.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 : 0153936-73.2018.8.06.0001  
Protocolo : WEB1.19.01449748-2  
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 02/08/2019 15:52:44

### 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\* : 2578435\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_JUR\_01 - 1-2.pdf  
Documentação : 2578435\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_JUR\_Anexo\_01 - 1-15.pdf  
Documentação : 2578435\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_JUR\_Anexo\_01 - 16-20.pdf

### Downloads

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



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

**Processo:** 01539367320188060001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALEXANDRE SILVA CASTRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO MÉRITO**

**DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

**LESÃO PREEXISTENTE**

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado judicialmente verba indenizatória DPVAT, cujo processo administrativo foi autuado sob o nº. 3150270185, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 06/02/2015.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de JOELHO DIREITO, 50%, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

## DO LAUDO PERICIAL

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 1 de agosto de 2019.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR  
14752 - OAB/CE**



Seguradora Líder · DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2015

Carta nº: 6630537

A/C: ALEXANDRE SILVA CASTRO

**Sinistro:** 3150270185  
**Vitima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO  
**Data Acidente:** 06/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

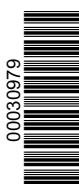
#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Companhia Mutual de Seguro de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2015

Carta n°: 6741676

A/C: ALEXANDRE SILVA CASTRO

**Sinistro:** 3150270185  
**Vítima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO  
**Data Acidente:** 06/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

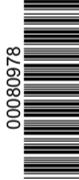
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2015

Carta n°: 6877037

A/C: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Sinistro: 3150270185  
Vitima: ALEXANDRE SILVA CASTRO  
Data Acidente: 06/02/2015  
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: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000002183

Conta: 000000078498-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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
---	-----	----------

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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00

Total creditado: R\$ 4.050,00

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**



# 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

Sinistro: 3150270185 - 1

Nome do(a) Examinado(a): ALEXANDRE SILVA CASTRO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA SANTA INES nº 1077 - NSRA DAS GRACAS - FORTALEZA/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 040095 - SSP

Data local do exame: 17/04/2015 FORTALEZA/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)

**ECORIACOES/ CONTUSAO NO HALUX ESQUERDO, NO JOELHO DIREITO E NO OMBRO DIREITO**

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?

SIM  NÃO

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?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

#### TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

#### LIMITACAO DISCRETA DA FLEXAO DO HALUX ESQUERDO, LIMITACAO ALGICA DO OMBRO DIREITO E DO JOELHO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

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)

##### HALUX ESQUERDO

10%  25%  50%  75%  100%

##### Região Corporal(Sequela)

##### OMBRO DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%

##### Região Corporal(Sequela)

##### JOELHO DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%

##### Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 17/04/2015

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52.25889-0

Dra. Dores M. B. C. Mendes

Médica Perita

CRM-RJ 52.25889-0

Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



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, Alexandre Silva Castro, PORTADOR(A) DO RG Nº 04892812370 EXPEDIDO POR Welban - le EM 16/10/14 E CPF 95746093375 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Motoboy E RENDA MENSAL DE R\$ 860,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, 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 R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receitafazenda.gov.br](http://www.receitafazenda.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.

**IMPORTANTE:** 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 com número de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° 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 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0183 N° da CONTA (com dígito, se existir) 78498-6OP  
013

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

Fortaleza 06 de março de 2015 / ALEXANDRE SILVA CASTRO  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvarsegurodotransito.com.br](http://www.dpvarsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

# Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

HORÁRIOS E UNITES

Conta origem: 2183 / 001 . 00033886-9

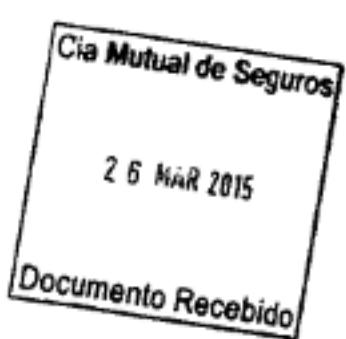
Conta destino: 2183 / 013 . 00078498-6

Agência destino: PRACA DO FERREIRA

Nome destinatário: ALEXANDRE SICILIANO RO.

Valor: 600

Identificação da transferência: TRANS CLIENTES





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
**POLÍCIA CIVIL**  
 DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 1623 / 2015**

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: 09/02/2015 14:41:36

Data / Hora da Ocorrência : 06/02/2015 14:30:00

Endereço da Ocorrência: ROD CR 085, KM 23

Cia Mutual de Seguro

26 MAR 2015

**ESTRUTURANTE CAUCAIA /CE**

Ponto de Referência:

Documento Recebido

*Histórico*

INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL MENCIONADOS NA OCORRÊNCIA SE ENCONTRAVA NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, COR PRETA, ANO 2012/12, PLACA DIC-8764 (FORTALEZA-CE), RENAVAM 469141204, CLASSE 9C2K4119CR515426, DOCUMENTADA EM NOME DE "JULIANA ALCANTARA DOS SANTOS" - CPF 642.186.943-20, QUANDO, AO PASSAR POR UMA CURVA FOI SURPREENDIDO POR UM AUTOMÓVEL DE COR PRETA QUE COLIDIU CONTRA A TRASEIRA DE SUA MOTO EM ALTA VELOCIDADE, EVADINDO-SE DO LOCAL LOGO APÓS QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE O DECLARANTE FICOU LESIONADO NO TORAX, ABDOMEN, AMBOS OS JOELHOS, AMBAS AS PERNAS, PEITO ESQUERDO, REGIÃO LOMBAR E NADegas, SENDO SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA PELA UNIDADE AMBULÂNCIA DA EMPRESA NORDESTE, A QUAL PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS. E, APÓS ISSO O DECLARANTE DIRIGIU-SE Á UPA E DEPOIS AO HOSPITAL FRUTINHA DE ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS.

*Noticiante(s)*

Nome : ALEXANDRE SILVA CASTRO

Endereço : R SANTA INES 1077 CS "C"

Bairro : PIRAMBU

Município/UF : FORTALEZA CE BRASIL Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAQUEL DA CONCEIÇÃO MACHADO - MAT.: 405087-1-6

José Jesuita  
Delegado de Políc  
Matr.: 135545

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : X ALEXANDRE SILVA CASTRO.

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social  
Policia Militar do Ceará PMCE  
Policia Rodoviária Estadual

DECLARAÇÃO

Declaro que o veículo abaixo discriminado envolveu-se em um acidente de trânsito, no dia 06 / 02 / 2015 na Rodovia CE-085, Km 23, no município de CAUCANA, por volta de 14:30 horas.

O proprietário ou o condutor do veículo, caso necessite da Certidão do acidente, deverá comparecer à sede da Policia Rodoviária Estadual, munido de fotocópias da habilitação do condutor ou proprietário do veículo e do CRLV (Documento do Veículo). A certidão será solicitada e fornecida no horário de 08:00 às 12:00 e de 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O prazo para a emissão da certidão será de 07 (sete) a 10 (dez) dias úteis, após a data da solicitação feita na sede da PRE. Obs.: Somente poderá dar entrada e receber a CERTIDÃO o condutor ou proprietário e no impedimento destes, terceiros, através de PROCURAÇÃO.

**CONDUTOR : ALEXANDRE SILVA CARVALHO**

MARCA

HONDA

MODELO DO VEÍCULO

FIN 115

PLACA - UF

01E-0764-CG

Comandante da Guarda

MF: 088330-1-2 PMCE

End: Aristóbulo Queyedo N°. 195, Maraponga - Fortaleza - CE.

TEL: 85-8707-7024 / 85-3383-1577

Cia Mutual de Seguros

26 MAR 2015

Documento Recebido

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandre Silva Castro, portador da carteira de identidade nº 04892812370 e inscrito no CPF/MF sob o nº 957.460.133-15, residente e domiciliado na Rua Itá Fries nº 1077 CS C, Cidade Fortaleza, Estado Ceará, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 \*T2%\*



ALEXANDRE SILVA CASTRO

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Cia Mutual de Seguros
26 MAR 2015
Documento Recebido

Local e data

Fortaleza - 26/03/2015



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Silva Castro

RG nº 04892812370, data de expedição 16/10/14, Órgão Detran - le

CPF nº 957.460.133-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	<u>Rua Sta Ines</u>
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>1077</u>
Apto / Complemento	<u>C5 C</u>
Bairro	<u>Nossa Senhora das Graças</u>
Cidade	<u>Santa Izá</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>60311-310</u>
Telefone de contato	<u>(85) 3046-1101 (85) 8936-0069</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Izá - le 23/02/15

Assinatura do Declarante: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Cia Mutual de Seguros

26 MAR 2015

Documento Recebido

M A J D P V A T  
Romara Viana  
1046 1120 / 0929.0069



PIRAMBU

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALEXANDRE SILVA CASTRO	Prontuário: 87991	Admissão: 06/02/2015
Data Nasc.: 12/02/1982	Idade: 32 ano(s) 11 mes(es) e 22 dia(s)	Sexo: Masculino
Mãe: OSMARINA SILVA CASTRO		RG:
Endereço: RUA SANTA INES 1077, CS C	Bairro: PIRAMBU	Telefone: () 86368292
		CEP: 60000-000

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA	Classificador: CRISTINA MEDEIROS PESSOA	Horário: 17:53
Queixa: dor em pé e, joelho e ombro d, escoriações pelo corpo hj, após ter sido atropelado.		
Fluxograma: PROBLEMAS EM	Discriminador: DOR INTENSA	
Sato02: Glasgow: Temp.:	Glicemia:	Régua: 8
		Pulso/FC:

### ATENDIMENTO

Médico: JOSE THIEFESON SERPA DA SILVA	CRM: 15663	Nº Atendimento: 146440	P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO	Acidente: Sim	Agressão: Não	Peso:
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER]	Comorbidade: NEGA		
TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE			
SPECIFICADOS			
HDA/Exame Físico:			
PCT, 32A, ATROPELAMENTO CARRO X MOTO AS 14:40H.			
GLASGOW 15			
ABCDE(ATLS) ESCORIAÇÕES / JA FOI REALIZADO PRIEMIRO ATENDIMENTO PELA NORDESTE EMERGENCIAS			
AO EXAME: BEG, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, LÚCIDO E ORIENTADO			
ACV: RITMO CARDIACO REGULAR, 2T, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS			
AR: MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS			
ABD: PLANO, RHA+, FLÁCIDO E INDOLAR, NÃO PALPO MASSAS.			
OSTEOM: DOR ABDUÇÃO DE OMBRO D ; DOR EM PE ESQUERDO; JOELHO E			
NEGA ALERGIAS			

DOCUMENTO 3 \*13%

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
06/02/2015 17:53:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR INTENSA	LARANJA	CRISTINA MEDEIROS PESSOA Cia Mutual de Seguros

### EXAME

RAIO-X Perna e AP/P (0204060168)	26 MAR 2015
RAIO-X JOELHO D AP/P (0204060125)	
RAIO-X OMBRO D AP/AXILAR (0204040116)	

Médico: JOSE THIEFESON SERPA DA SILVA

Data: 06/02/2015 19:07

Prescrição

Aprazamento

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV

Médico: JOSE THIEFESON SERPA DA SILVA

Data: 06/02/2015 18:14

Prescrição

Aprazamento

PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO  
DE PESSOAS NATURAIS E HABILITAÇÃO

**DOC. NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

NOME: ALEXANDRE SILVA CASTRO

**DOC. NACIONAL DE HABILITAÇÃO**  
040093 - MT - CE

CPF: 957.460.133-15 DATA NAC.: 12/02/1982

TERCÃO:  
FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA CASTRO  
OSMARTINA SILVA CASTRO

PERÍODO: 04/09/2010 - 03/03/2010

EXERCÍCIO ATIV. RECOMENDADA:

ALEXANDRE SILVA CASTRO  
RESIDENTE NO ENDEREÇO:

ENDEREÇO: FORTALEZA, CE  
DATA DE EMISSÃO: 16/10/2014  
Assinatura: *Alexandre Silva Castro*  
Nº de identificação: 89525944854  
CE: 144231344

PERGUNTA PLASTICADA

1004649150

Cia Mutual de Seguros  
26 MAR 2015  
Documento Recebido

DOCUMENTO 4 "T4%"

M A J D P V A T  
Romaria Vilans  
(63) 2010.1122 / 9999.0009



**SINISTRO**

Número do Sinistro: 3150270185

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Vítima: ALEXANDRE SILVA CASTRO  
 CPF: 957.460.133-15      CPF de: Próprio  
 Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

Data do  
Acidente: 06/02/2015  
 Titular do CPF: ALEXANDRE SILVA CASTRO

**DOCUMENTOS DO SINISTRO**

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de Inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médica-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Dispensado		

**DOCUMENTOS DAS PESSOAS**

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - ALEXANDRE SILVA CASTRO</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 26/03/2015 Nome: ALEXANDRE SILVA CASTRO CPF:	Data: 26/03/2015 11:11 Nome: Sandra Ferreira Lima Schettini CPF: 106.187.098-78
ALEXANDRE SILVA CASTRO	Sandra Ferreira Lima Schettini

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150270185      **Cidade:** Caucaia      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO      **Data do acidente:** 06/02/2015      **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

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

**Data da análise:** 09/04/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO DIREITO E NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA (BAM INCONCLUSIVO)

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150270185      **Cidade:** Caucaia      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO      **Data do acidente:** 06/02/2015      **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

## PARECER

**Diagnóstico:** ECORIACOES/ CONTUSAO NO HALUX ESQUERDO, NO JOELHO DIREITO E NO OMBRO DIREITO

**Descrição do exame** LIMITACAO DISCRETA DA FLEXAO DO HALUX ESQUERDO, LIMITACAO ALGICA DO OMBRO DIREITO E DO JOELHO  
**médico pericial:** DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º PODODACTILO ESQUERDO  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/04/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

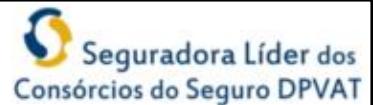
**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Fabio S. Seleri Fernandes".

# 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: 22/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

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

CLIENTE: ALEXANDRE SILVA CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02183

CONTA: 00000078498-6

---

Nr. da Autenticação 48F88EE5C00DA3BA

# 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: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALEXANDRE SILVA CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02183

CONTA: 00000078498-6

---

Nr. da Autenticação 5F7334A59DD2BB7A

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180203690      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO      **Data do acidente:** 19/02/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO DIREITO, COM LACERAÇÃO E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO, CICATRIZES IRREGULARES  
**médico pericial:** COM FIBROSES RETRÁTEIS, HIPOTONIA DO QUADRÍCEPS E CLAUDICAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM ASSEPSIA, LIMPEZA E CUIDADOS DOS FERIMENTOS, APROXIMAÇÃO DE TECIDOS, CURATIVOS, IMOBILIZAÇÃO E TRATAMENTO CONSERVADOR. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E FOI LIBERADA COM SEQUELA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Favor atentar que essa vítima possui sinistro anterior referente a acidente ocorrido em 06/02/2015 com "ESCORIAÇÕES/ CONTUSÃO NO HÁLUX ESQUERDO, NO JOELHO DIREITO E NO OMBRO DIREITO". A indenização realizada foi referente a uma limitação funcional do ombro direito em grau moderado + limitação funcional do joelho direito em grau moderado + limitação funcional do 1º dedo do pé esquerdo em grau moderado.

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

**CRM do médico:** 6818

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	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:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**