



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 24ª 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.ª, 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

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, 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, 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 início 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 nº: 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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2015

Carta nº: 6877037

A/C: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Sinistro: 3150270185
Vítima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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)

ECORIAÇÕES/ CONTUSÃO 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 complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MÉDICA

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.

LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXÃO DO HALUX ESQUERDO, LIMITAÇÃO ALGICA DO OMBRO DIREITO E DO JOELHO DIREITO

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

☐ 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

Dores Mendes

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.

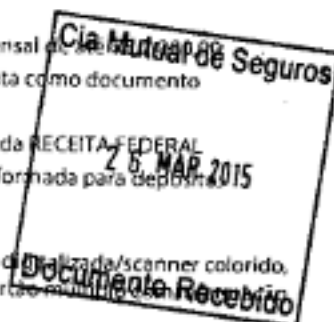
EU, Alexandre Silva Castro
 PORTADOR(A) DO RG Nº 04892812370 EXPEDIDO POR Detran-le EM 16/10/14 E
 CPF 957460133-15 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Motorista
 E RENDA MENSAL DE R\$ 860,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, 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\$ 1.000,00;
- 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.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 de crédito 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2183 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78498-6

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.

Santalza 06 de março

LOCAL E DATA

de 2015 Alexandre Silva Castro

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, 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

9 HORÁRIOS E LIMITES

Conta origem: 2183 / 001 . 00033888-9

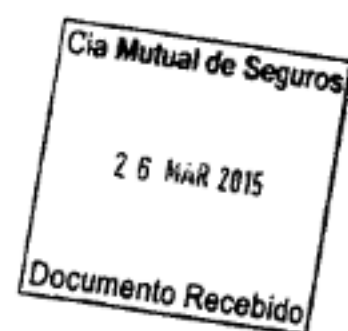
Conta destino: 2183 / 013 . 00078498-6

Agência destino: PRACA DO FERREIRA

Nome destinatário: ALEXANDRE SILVA CASTRO

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

DOCUMENTO 1 "T19"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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. CE. 085, KM 23**

ESTRUTURANTE CAUCAIA /CE

Ponto de Referência:

Cia. Mutual de Seguro

26 MAR 2015

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-0764(FORTALEZA-CE), RENAVAM 469141204, CHASSI 9C2JC4110CR515426, 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, PE ESQUERDO, REGIÃO LOMBAR E NADEGAS, SENDO SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA POR UMA AMBULÂNCIA DA EMPRESA NORDESTE, A QUAL PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS. E, APÓS ISSO O DECLARANTE DIRIGIU-SE À UPA E DEPOIS AO HOSPITAL FROTIMA 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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **X ALEXANDRE SILVA CASTRO.**

VISTO DO DELEGADO(A):

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

José Jesuita
Delegado de Polícia
Matr.: 133545-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Polícia Militar do Ceará PMCE
Polícia 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 PAULISTA, por volta de 14:30 horas.

O proprietário ou o condutor do veículo, caso necessite da Certidão do acidente, deverá comparecer à sede da Polícia 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 recebimento 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 CARRO

MARCA
HONDA

MODELO DO VEÍCULO

FIN 125

PLACA - UF

010-0764-CE

Comandante da Guarnição

MF.: 088930-1-2 PMCE

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

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

Cia Mutual de Seguros

26 MAR 2015

Documento Recebido

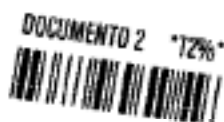
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandre Silva Castro, portador da carteira de identidade nº 048928123-40 e inscrito no CPF/MF sob o nº 957.460.133-15, residente e domiciliado na Rua São Inês 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 Líder 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.

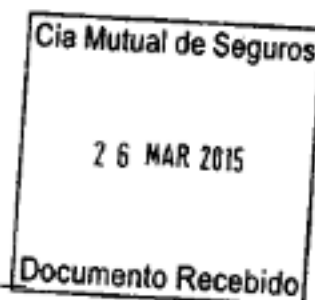


ALEXANDRE SILVA CASTRO.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza - Ce 23/02/15

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Silva CastroRG nº 04892812370, data de expedição 16/10/14, Órgão Detran-le

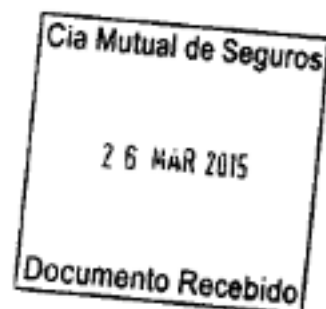
CPF nº 957.460.133-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sta Ines</u>
Número	<u>1077</u>
Apto / Complemento	<u>CS C</u>
Bairro	<u>Nossa Senhora das Graças</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60311-310</u>
Telefone de contato	<u>(85) 3046-1120 / (85) 8936-0069</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza - le 23/02/15

Assinatura do Declarante: ALEXANDRE SILVA CASTRO



PIRAMBU

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

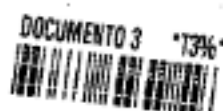
Nome: ALEXANDRE SILVA CASTRO Prontuário: 87991 Admissão: 06/02/2015
Data Nasc.: 12/02/1982 Idade: 32 ano(s) 11 mes(es) e 22 dia(s) Sexo: Masculino RG:
Mãe: OSMARINA SILVA CASTRO Telefone: () 86368292
Endereço: RUA SANTA INES 1077, CS C Bairro: PIRAMBU CEP: 60000-000

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
ESPECIFICADOS
HDA/Exame Físico:
PCT, 32A, ATROPELAMENTO CARRO X MOTO AS 14:40H.
GLASGOW 15
ABCDE(ATLS) ESCORIAÇÕES / JA FOI REALIZADO PRIMEIRO ATENDIMENTO PELA NORDESTE EMERGENCIAS
AO EXAME: BEG, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, LÚCIDO E ORIENTADO
ACV: RITMO CARDÍACO REGULAR, 2T, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS
AR: MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS
ABD: PLANO, RHA+, FLÁCIDO E INDOLOR, NÃO PALPO MASSAS.
OSTEOM: DOR ABDUÇÃO DE OMBRO D; DOR EM PE ESQUERDO: JOELHO E
NEGA ALERGIAS

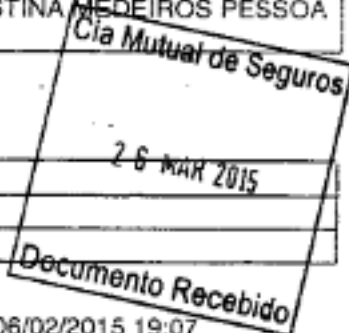


CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

EXAME

RAIO-X PERNA E AP/P (0204060168)
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
<p align="center">ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL</p> <p> <input type="checkbox"/> Alta Conduta <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Referência para: <input type="checkbox"/> Óbito </p>		



DOCUMENTO 5 *T59*

Cia Mutual de Seguros
26 MAR 2015

Documento Recebido
DENHIAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ROSM 465191206 00000000000 2014

VEICULO ALICANTARA-DEG-SHIFOS

FORTALEZA/CE

64218694320

01C0764

9C2JC9110CR515926

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2012 2012

2P/OCV/124CC

FARFIC

PROPRIETARIO

1 *** 09494444

2 *** 09494444

3 *** 09494444

200733

10/10/2014

10/10/2014

FORTALEZA

14/10/2014

CE Nº 011431902521 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

64218694320

01C0764

9C2JC9110CR515926

HONDA/CG 125 FAN KS

2012 2012

2P/OCV/124CC

FARFIC

PROPRIETARIO

1 *** 09494444

2 *** 09494444

3 *** 09494444

200733

10/10/2014

10/10/2014

FORTALEZA

14/10/2014

14/10/2014

FORTALEZA

14/10/2014

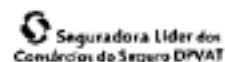
14/10/2014

FORTALEZA

14/10/2014

14/10/2014

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150270185

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Data do Acidente: 06/02/2015

CPF: 957.460.133-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

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 médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Dispensado		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - ALEXANDRE SILVA CASTRO			
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 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

Data: 26/03/2015

Nome: ALEXANDRE SILVA CASTRO

CPF:

Responsável pelo recebimento na seguradora

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: ECORIAÇÕES/ CONTUSÃO NO HALUX ESQUERDO, NO JOELHO DIREITO E NO OMBRO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXÃO DO HALUX ESQUERDO, LIMITAÇÃO ALGICA DO OMBRO DIREITO E DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com seqüela

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

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
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
Total			30 %	R\$ 4.050,00

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:



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: 000000078498-6

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: 000000078498-6

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 médico pericial: AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO, CICATRIZES IRREGULARES 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

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: