

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 **WSOL.20.00167407-2** em **05/08/2020 11:54:22**.
- 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 : Solonópole
Processo : 0050451-70.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00167407-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 05/08/2020 11:54:22

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2732552_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2732552_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-20.pdf
Documentação : 2732552_CONTESTACAO_Anexo_02 - 21-28.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLE/CE

PROCESSO: 00504517020208060168

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CICERO ALVES BATISTA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **28/03/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/05/2017**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO LAUDO PARTICULAR PRODUZIDO PELA PARTE AUTORA

IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PARTICULAR EMITIDO

Como se pode observar o laudo pericial acostado aos autos pela parte autora foi emitido por **MÉDICO PARTICULAR**.

Contudo, conforme o Decreto-Lei nº 938 de 1969, não cabe ao profissional particular emitir laudo pericial, principalmente se tratando da existência de lesão de caráter permanente, as quais exigem conhecimentos específicos de profissionais da área médica, devendo o mesmo ser emitido **por médico do IML**.

Dessa forma, o "relatório/atestado/laudo" assinado por profissional particular, não se mostra apto, para fins de seguro DPVAT, a comprovar a incapacidade da parte demandante, pois que documento, além de unilateral, não subscrito por profissional legalmente habilitado para esse fim.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Assim, a ré, **impugna o laudo juntado nos autos**, eis que não realizado por profissional legalmente habilitado, o que prejudica o cálculo de eventual pagamento da indenização, porventura, devido à parte autora, nos termos do art. 5º, § 5º da lei 6.194/74 com redação vigente ao tempo do sinistro em tela

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslindem da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo

certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵art. 1º. (...)

§2º *Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.*

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLONOPOLE, 3 de julho de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CICERO ALVES BATISTA**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONOPOLE**, nos autos do Processo nº 00504517020208060168.

Rio de Janeiro, 3 de julho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11358818

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170393174 ASL-0272400/17

Vitima: CICERO ALVES BATISTA

Data Acidente: 28/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11386122

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro: 3170393174 ASL-0272400/17
Vítima: CICERO ALVES BATISTA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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.seguradoralider.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



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta n°: 11499451

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro: 3170393174 ASL-0272400/17
Vitima: CICERO ALVES BATISTA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

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: CICERO ALVES BATISTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 000000029471-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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**

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

N° DO SINISTRO

Autorização de pagamento



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, Cícero Alves Batista

 PORTADOR(A) DO RG N° 04709957-489

 EXPEDIDO POR 011001-00

 EM 30/10/13

 CPF 0003933383-97 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Morônio

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cícero Alves Batista. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 não devem, de forma alguma, ser apresentados 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 (salário ou Funcional);
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou ALPDA;
- 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 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.**

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 múltiplo com a informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 N° do BANCO 304 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 06 N° da CONTA (com dígito, se existir) 99.211-5

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

 N° do BANCO 304 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0752 N° da CONTA (com dígito, se existir) 99.211-5

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.

Flávio - EE, 06 de Setembro de 2017

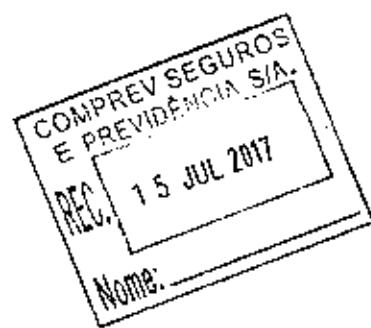
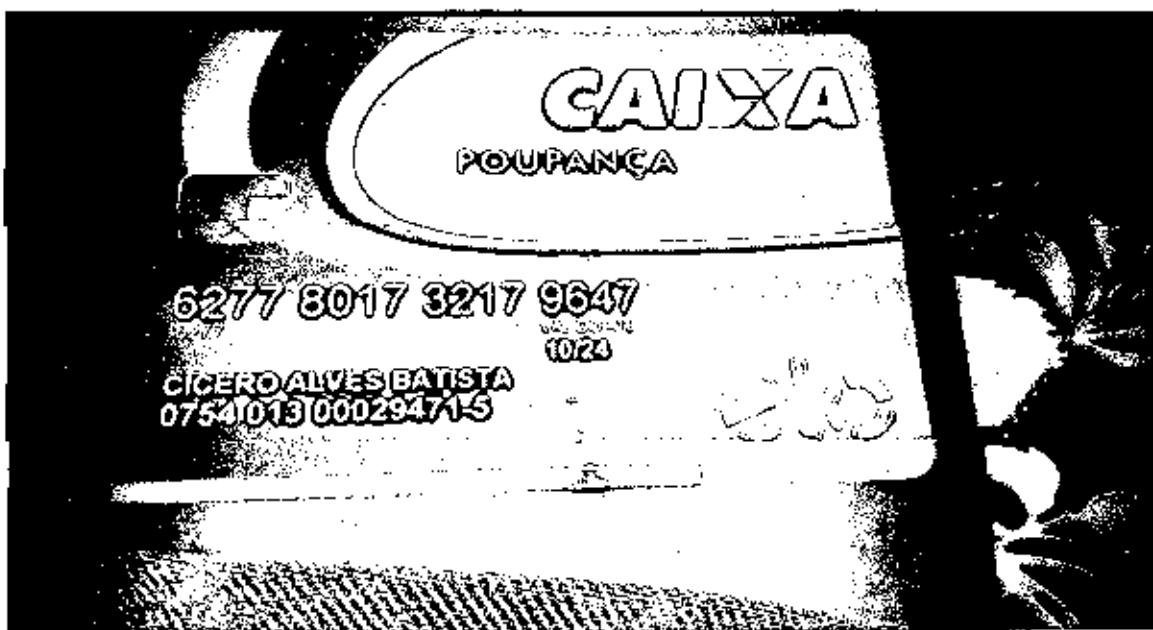
LOCAL E DATA

Cícero Alves Batista

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.

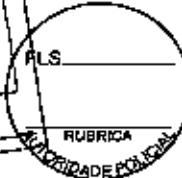




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

6272400117

COMPREV SEGUROS	E PREVIDÊNCIA S/A.
REC	15 JUL 2017
REVIS	PLS
Nome: _____	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 679 / 2017

Dados da Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **09/05/2017 16:45:49**
 Data / Hora da Ocorrência: **28/03/2017 17:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **SITIO AREIAS**
 Complemento:
 Bairro: _____ Município: **SENADOR POMPEU**
 Ponto de Referência: **AÇUDE DO PEDRO**

SELADO DE
EXCELENTE
ESTADO DE
MANUTENÇÃO
AUTENTICO

Cartório do Bontim	Distrito Judiciário
Senador Pompeu	Brumado
Certifico a presente fotocópia e	
reprodução do documento	
original que me foi apresentado	
Data: 10/05/17	
Em Test	da Vizinha
Marta Neiva Pinheiro	
Oficiala Interna	
Danielle de Oliveira Ferreira	
Oficiala Substituta	

Nome: **CICERO ALVES BATISTA**
 Nascimento: **26/01/1984** CPF: **001.913.383-97**
 CNH: **04709957482** Orgão Emissor: **DETTRAN**
 Filiação: **FRANCISCA ALVES BATISTA**
EVARISTO BATISTA DE ARAUJO
 Endereço: **RUA BENIGNO BESERRA , 924**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **MILHA/CE**
 País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9720-6928**

UF: **CE** SÉGUE
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
REC 15 JUL 2017
SENADOR POMPEU

Dados do(s) Vítima(s)

1) Placa: **HXQ2763** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC30103R220249** Renavam: **803555679** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA IRONILDE MEDEIROS DE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante disse que no local, data e hora acima mencionado estava sozinho trafegando na motocicleta da sua sogra de placa HXQ-2763, cor VERMELHA, ano e fabricação 2003, Chassi 9C2JC30103R220249, quando foi surpreendido com um pedregulho que estava na estrada fazendo a motocicleta derrapar e consequentemente vindo a cair; QUE ao cair no solo veio a lesionar sua clavícula esquerda; QUE uma pessoa que não sabe dizer quem é passou na hora do acidente e lhe socorreu ao hospital municipal João Leopoldo Pinheiro Landim; QUE não havia ingerido bebida alcoólica, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica; antes do acidente; QUE este B.O é para fins de seguro DPVAT; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente B.O, e foi informado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

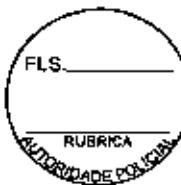
RAFAEL BISPO COSTA - MAT.: 30092511

* Círcos

J



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

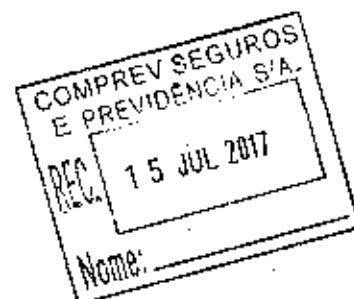


BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 679 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: cicero Willian

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML

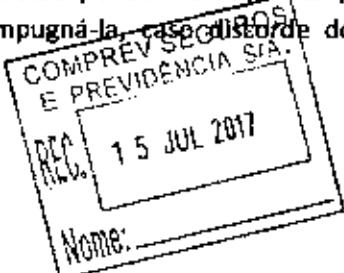


Eu, Edison Alves Batista, portador da carteira de identidade nº 04209957482 e inscrito no CPF/MF sob o nº 001.913.383-97, residente e domiciliado na Rua Benigno Bigemba, 994, Cidade Minha, Estado Rio de Janeiro, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) 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 desacordo do seu conteúdo.



Edison Alves Batista
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

MILIA-06 06/07/2017

W

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): CICERO ALVES BATISTA

**Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benigno Bezerra, 924 - 924 - Milhã/CE -
CEP 63635-000**

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 04709957482 - SSP -
01/01/9999**

**Data e Local do Exame : 09/08/2017 RUA DR. SOLON XIMENES DE
ARAGÃO, 295 - BOA VIAGEM/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)**

Diagnóstico:

FX CLAVÍCULA ESQUERDA

Exame Físico:

DEFORMIDADE ESTRUTURAL ÓSSEA, BLOQUEIO ARTICULA E LESÃO
TENDINOSA COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO
OMBRO, HIPOTROFIA MUSCULAR, ASSIMETRIA ESCAPULAR

**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**

**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**

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

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO
DOR E EDEMA NO OMBRO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES,
MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A
TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO,
IMOBILIZAÇÃO GESSIONADA POR 15 DIAS E TIPOIA POR 45 DIAS E
FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA EM AGO/2017.

**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.**

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO OMBRO PELA DEFORMIDADE,
PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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”

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

Região Corporal

OMBRO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.
APRESENTA MATERIAL DE SÍNTESE NO ÚMERO ESQUERDO EM VIRTUDE DE ACIDENTE ANTERIOR.



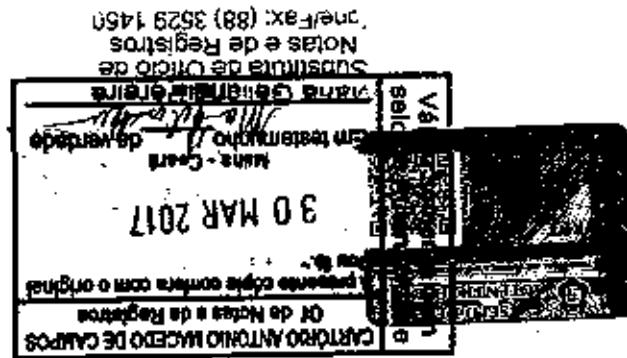
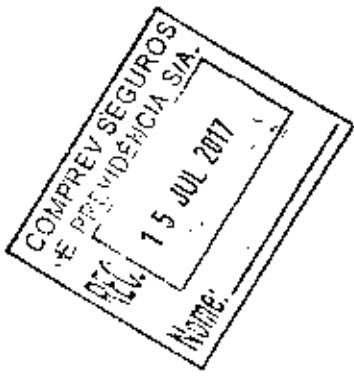
Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médica - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



The logo for Milka chocolate, featuring a stylized heart shape above the word "Milka" in a bold, italicized font. The "i" has a small heart on top, and the "k" has a small heart on the left. Below the main logo, the words "Milka Schokolade" are written in a smaller, sans-serif font.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM**



AT:50% 38°C

Wife 28/03/82

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: 11/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO ALVES BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 00000029471-5

Nr. da Autenticação F574A087AFFC81CE

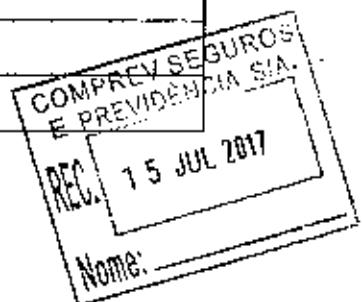


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo Alves Batista,RG nº 0470995.7482, data de expedição 19/12/13, Órgão DETRAN-CECPF nº 001.913.383-97, 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 Benigno Bezerra</u>
Número	<u>992</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.635.000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro (85) 99989-0779</u>
E-mail	<u>(85) 98721-2741</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MELOM-CE 06/07/2017Assinatura do Declarante: Ricardo Alves Batista



BradesCard

01/02

1a VLR	
Data de Emissão	Vencimento
05/04/2017	15/04/2017
Saldo Anterior R\$	207,22
(-) Créditos/Pagamentos R\$	207,22
(+) Compras/Débitos R\$	207,97
(-) Total da Fatura R\$	207,97
207,97	47,03
Parcela está faltando	16x R\$ 22,73

CTCE FORTALEZA-CE-9
CICERO ALVES BATISTA
RUA BENIGNO BEZERRA 924
CENTRO
63635-000 MILHA CE



72 0903634 87801 00000176932 3 0 050417

Data da Postagem: 05/04/17 Vencimento: 15/04/2017

Data prevista do fechamento da próxima fatura: 04/05/2017

Compras	R\$ 310,00
Saque	R\$ 62,00
Parcelado	R\$ 620,00
* Consulte limites disponibilizados, condições de contratação e restrições na Central de Atendimento	

	% ao mês	% ao ano	DET ALV 074
Parcelamento de Itens	9,2%	105,37%	207,22%
Parcelado Cartão Bradesco	1,9%	23,32%	28,32%
Parcelado Rádio Meia-Card	7,9%	95,52%	180,27%
Reemb	9,3%	108,32%	219,46%
Saque/Telecarte (S)	16,8%	198,72%	320,53%

(1) Sera cobrada taxa de R\$ 9,20 por operação.
Bônus 2,00% a.m. sobre de R\$ 0,01% a.m.
Taxa mínima de juros da próxima fatura 19,39% a.m. / DET se taxa 879,34% a.m.

* Serviços de Fidelidade do GF Adicional (0,38%) e GF Brés (0,082%)

COMPREMOS
BANKE A APP DO CARTÃO CASAS BAIXAS:
- CONSULTE: COMPRAS, FATURA, LIMITES,
E MUITO MAIS!

TOUDEZ
TODA VEZ QUE PRECISAR FINANCIAR O
VALOR DA FATURA DO SEU CARTÃO DE
CRÉDITO POR MAIS DE 30 DIAS, O BRADESCARD
OPERECE-RA VOUCE UMA MELHOR OPORTUNIDADE
DE FINANCIAMENTO, COMO O PARCELADO FÁCIL

Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados neste fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Ocorrendo pago de valor menor serão cobradas encargos correspondentes de R\$ 32,17 e o saldo restante não pago integrado ao débito e vencimento da fatura subsequente, sendo parcelado.

Histórico de Lançamentos
CICERO A BATISTA
05/02/2017 LOJA DO MEIA PARCO/02
04/03/2017 SKY — S/A
14/03/2017 PAGAMENTO BRADESCO
04/04/2017 ANALÍTICO DIFER TIT 0024
TOTAL GERAL DOS LANÇAMENTOS R\$

Crédito
5414.XXX0X.XXX0X.9024
07/08
120,90

09/08
207,22
10/08
207,97



Centro de Atendimento ao Cliente, Ligue para 0800-721-0000 (apenas para 24h) e 0800-721-0000 com CH da 8h, exceto feriados.
Centro de Atendimento ao Cliente, Ligue para 0800-721-0000 (apenas para 24h) e 0800-721-0000 com CH da 8h, exceto feriados.
Centro de Atendimento ao Cliente, Ligue para 0800-721-0000 (apenas para 24h) e 0800-721-0000 com CH da 8h, exceto feriados.
Centro de Atendimento ao Cliente, Ligue para 0800-721-0000 (apenas para 24h) e 0800-721-0000 com CH da 8h, exceto feriados.
Centro de Atendimento ao Cliente, Ligue para 0800-721-0000 (apenas para 24h) e 0800-721-0000 com CH da 8h, exceto feriados.

Bradesco	237-2	23794.02510 94749.009935 28000.060005 6 0000000000000000		
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço				
CICERO ALVES BATISTA - 001.813.380-97 RUA BENIGNO BEZERRA 924 CENTRO 63635-000 MILHA CE				
Parcelado/Avulso	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(a) Valor Pago
Novo Número 474900800028-8	474900800028-8	15/04/2017	207,27	
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço			Autenticação Beneficiário	
Banco Bradesco S/A End: Cidade de Deus, s/n Prédio Cinza Vila Yara Osasco SP CEP 06029-900 / CNPJ: 00.746.948/0001-12 Agência/Código do Beneficiário 4025-0/0000600-8				

Comprovante de residência



Ita é a segunda via de
JUN/2017

Ita a/nº abaixo sempre
a entrar em contato conosco

DO CLIENTE

4664469

05

ENDEREÇO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota: 30 014062 12 080000
Nome: JOAO PAULO PINHEIRO
Endereço Postal:

Medidor: 375765

Posto: 00000

End. da Unidade: ST ALTO VERDE MILHA 63635000
Consumidora: CGF

RG/CPF/CNPJ: 875.474.573-04

Classe: 04-RURAL, MONOPÁSICA

Fator de Potência:

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DO CONSUMO

Litura Atual: Litura Anterior: Consumo: Consumo (kWh): Consumo Inst.: Consumo Faturado:

4632

4696

1

136

0

136

DETALHAMENTO DA FATURA: Total: Valor (R\$)

DETALHAMENTO DA FATURA:

Data da Emissão:
Agrupamento:

Próx. Proximo
Litura:

14/07/2017

14/07/2017

ÁREA RESERVADA DO CONTROLE FISCAL

00464469.7A5A.126D.F058.FE12.0AA7.8968

DETALHAMENTO DA FATURA:

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPRA DE VALORES DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS
R\$ SALDO FATURA ANTERIOR:



INFORMAÇÕES SOBRE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Impressa automaticamente pelo sistema de energia elétrica.

Total kg (CO₂): Compensando kg (CO₂): Consciência Ecologica (CO₂)

INFORMAÇÕES SOBRE ATRIBUIÇÃO E ANÚNCIO DE MARKETING

INFORMAÇÕES SOBRE O FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta: CM: 6,44
Conjunto: SENADOR POMPEU

Mês	ABR/ 2017	Padrão Individual	Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,59	21,17	42,34	6,60	0,00	0,00
FC (un)	2,62	15,34	30,68	2,00	0,00	0,00
DMC (v)	5,68			3,69		

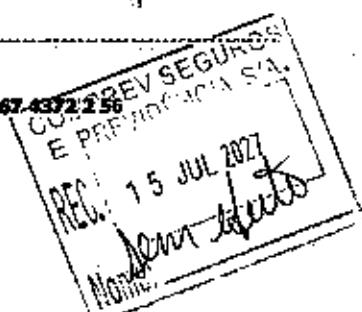
DETALHAMENTO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)



Autenticação mecanica cliente

do Cliente: 4664469-5 N° da Nota Fiscal: 481156446 Total a Pagar (R\$): 65,68
Data de Emissão: 21/06/2017 Referência: JUN/2017 N° de Controle: 0004664469 030674372225-8

83820000000-2 65680031000-8 00046644690-0 00074372225-8





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

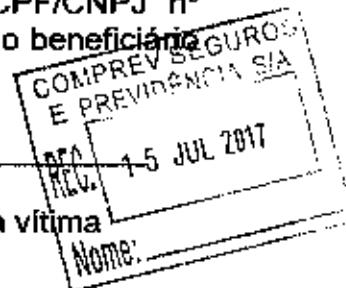
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO PAULO PINHEIRO, portador(a) da CNH nº 00758673502, expedido por DETRAN/CE, em 28/05/2012, CPF/CNPJ nº 875.474.573-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

João Paulo Pinheiro

do sinistro de DPVAT da natureza Indenizável



da vítima

João Paulo Pinheiro

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

João Paulo Pinheiro

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

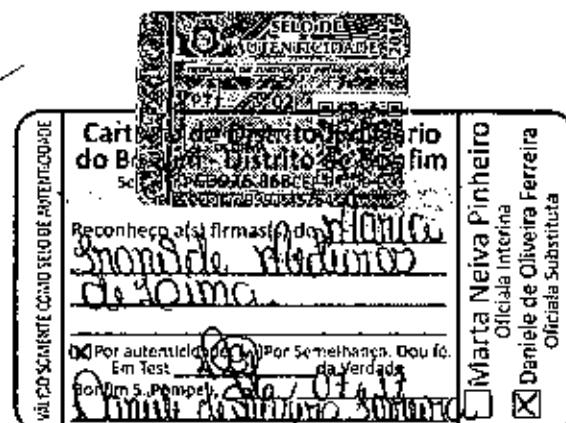




Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Flávia Nonô de Almeida de Lima,
RG nº 9007155630-8, data de expedição 08/07/08, Órgão SESPMS,
portador do CPF nº 731.938.943-91, com domicílio na cidade de
Senador Pompeu, no Estado de Piána,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Paninhos,
nº S/N, complemento Zona Rural,
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Ricardo,
Alvin Britto, cujo o condutor no momento do
acidente era Ricardo Alvin Britto.

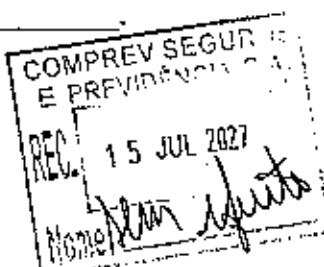
Veículo: Motorizada
Modelo: Honda/EG 195 Tdm K
Ano: 2003/2003
Placa: HXA 8763
Chassi: 9E9KE30103R890949
Data do Acidente: 28 / 03 / 07



Local e Data: Smedor, Pernambuco, 06/07/17

Maria Iracilde medeiros de Lima
(Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



views like Baptista



Documentação médica - hospitalar

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM**

Nome do Paciente: Renato Alves Belchior

OCORRÊNCIA Nº

Cardio do SUS: 899003416227320 - dat: 26.01.24
RG: 3452406

Posições citadas na Acta: Sintese
anatômica, apresentando traumatismo (fratura) em cílios óvulos (fragilidade), espuma
e traumatismo tecidual.

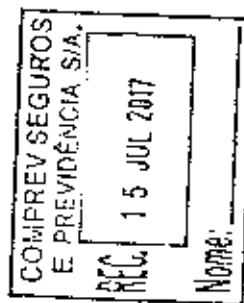
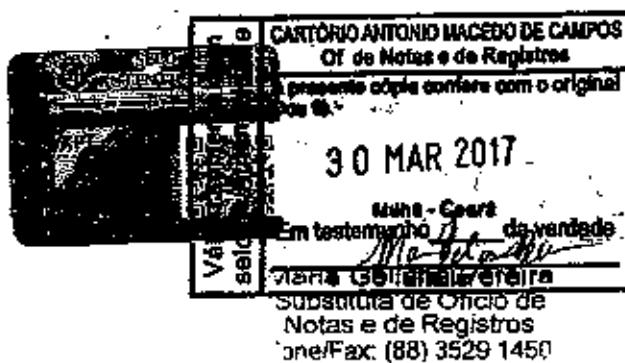
DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	<i>Arteria clavicular Esquerda</i>
180 x 140			
TRATAMENTO:			
140/80mmHg	Leptpriv 25g - SL	19/65	
na veia	Turcosim + ABT	SL	
09:50 38°C	Dipirona + ABT	SL	19/30
	2/4		
<i>Cefalosporina 1g + ABT SL 19/30 Sintoma Fornido</i>			
DESTINO DADO AO PACIENTE		Exames Complementares	
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	<i>Urgência 66-914000</i>	
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido	Diagnóstico Definitivo	
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório			
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada na Unidade			
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento		Ass. do Médico	
Ass. do Paciente ou Responsável <i>Tomás Medeiros da Silva</i>			

Walter 28/03/17

á 39:15h, paciente havia
entrado nessa unidade hospitalar
vítima de acidente de moto, apresentando
fracturas (fratura?) nos ~~articulados~~ res-
ponsáveis por hipertensão, medicado
grande, p/ aq. hipertensiva, medicado

5 pm

dia 21:50 h 38°C



REDE MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTE'S NETO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a). Círculo Alvo Batista.
ATESTADO.

recebeu atendimento médico em 29/03/2017 com diagnóstico de infecção de clavícula e

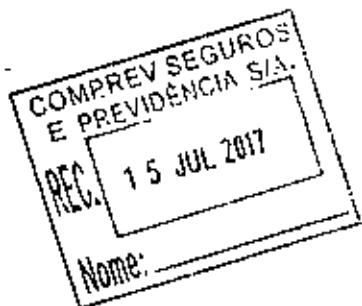
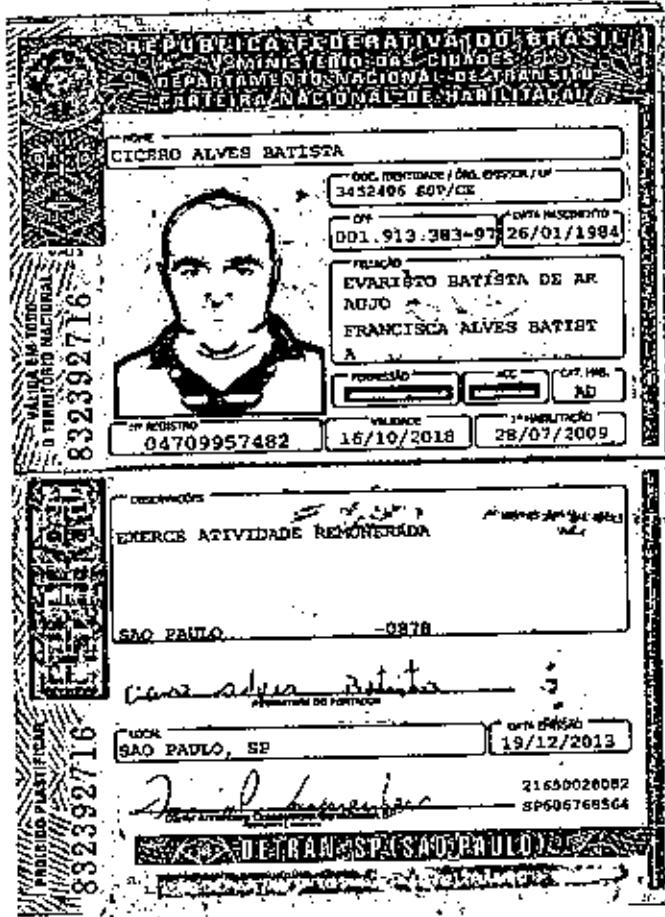
o (a) mesmo.(a) está necessitando de: 90 (Milenta.) dias de licença do

trabalho, a partir da data do atendimento.
Quixeramobim 29/03/2017 eid: 542.0
Dr. Guilherme de Almeida
Ortopedista e Traumatologista

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'COMPAÑIA DE SEGUROS DEL PUEBLO' is curved along the top edge, and 'EXPRESO PREVIO' is curved along the bottom edge. In the center, the date '15 JUL 2017' is stamped in a bold, sans-serif font.

3

Documentos de Identificação





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **001.913.383-97**

Nome da Pessoa Física: **CICERO ALVES BATISTA**

Data de Nascimento: **26/01/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/10/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:38:39** do dia **12/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6BAD.BABA.C586.C4A6**

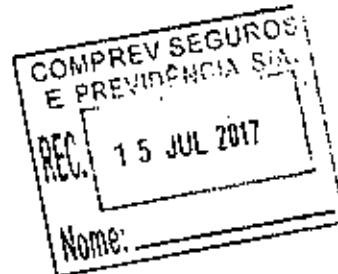
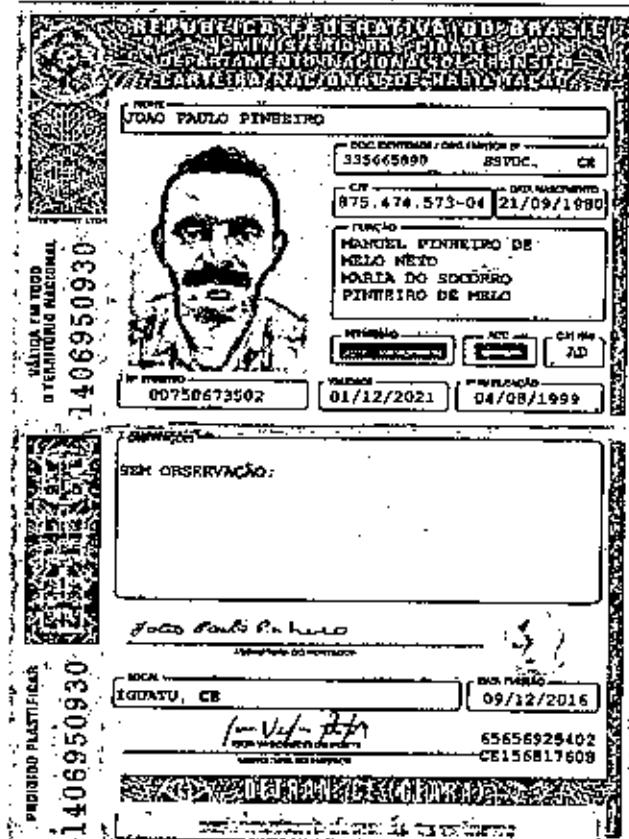


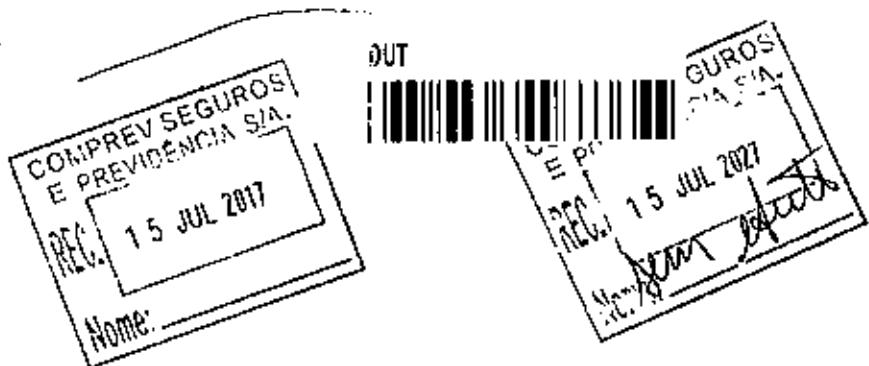
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

— (Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.) —



Documentos de identificação





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
DETAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		CE Nº 012459456150 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO PPT 01 00803555679 0000000000 2016		EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 06/05/2016	
PLACA 73193224391		PLACA HX02763/CE	
PLACA ANT. / UF /CE		CHASSI 9C2JC30103R220249	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS		ANO FAB. ANO MOD. 2003 2003	
CAP / POT / CIL 2P/0CV/124CC		CATEGORIA PARTIC	
COTA ÚNICA *****		VENC. COTA ÚNICA *****	
1 FADA DPVAT		VENC. / COTAS 1*****	
2 FADA DPVAT		2*****	
3 FADA DPVAT		3*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO PRÉMIO (R\$) 129,04		DETRAN (R\$) 14,34	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15		IOP (R\$) 1,11	
PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE OUTAÇAO 05/05/2016		TOTAL PREMIO PEG DIA 05/05/2016 292,01	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 00.248.608/0001-04 www.seguradoralider.com.br			
MOTGR: JC30E13220249 03488			
Igor Ponte Superintendente DETAN - CE			

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170393174
Vítima: CICERO ALVES BATISTA

Cidade: Senador Pompeu
Data do acidente: 28/03/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Descrição do exame Deformidade óssea, bloqueio articular, lesão tendinosa e hipotrofia muscular acarretando perda parcial da amplitude
médico pericial: de movimento do ombro direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do segmento afetado, complementado com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 75% do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/08/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Edmundo Benigno Bezerra
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Enasado
Profissão: Advogado
Identidade: 31592106 CPF: 001.913.383-97
Endereço: Rua Benigno Bezerra, 994
Bairro: Centro
Cidade: Nilópolis CEP: 63.635-000

OUTORGADO (Procurador)

João Paulo Pinheiro, portador (a) do RG nº 335665898, órgão emissor SSPDC-CE, CPF nº 875.474.573-04 com endereço Sítio Alto Verde, Bairro: Zona Rural: Cidade: Milhão-Ceará, CEP: 63.635-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, 

~~Local e-data~~

San. Román es 33 de Julio de 2019

Carlos Alves Batista
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

