



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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA


**FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR** (Sair)

 > Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)  
 Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau


**Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WQXA.20.00173123-8** em **07/08/2020 10:32:53**.
- 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**

<b>Foro</b>	: Quixadá
<b>Processo</b>	: 0050426-11.2020.8.06.0151
<b>Protocolo</b>	: WQXA.20.00173123-8
<b>Tipo da petição</b>	: Contestação
<b>Assunto principal</b>	: Acidente de Trânsito
<b>Data/Hora</b>	: 07/08/2020 10:32:53

**Partes**
**Solicitante** : Companhia Excelsior de Seguros

**Documentos Protocolados** Exibindo todos documentos [">>>Exibir 3 primeiros](#)

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

<b>Petição*</b>	: 2740050_CONTESTACAO_03 - 1-9.pdf
<b>Documentação</b>	: 2740050_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-29.pdf
<b>Documentação</b>	: 2740050_CONTESTACAO_Anexo_02 - 30-31.pdf
<b>Documentação</b>	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

**Downloads**

<b>Anexar documentos</b>	: Realizar download dos documentos da petição
<b>Recibo</b>	: Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA DA COMARCA DE QUIXADÁ/CE**

**Processo: 00228744420208172001**

**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 **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**, 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

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### DO MÉRITO

#### DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

##### (REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

### 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

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

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, CPC<sup>3</sup>.

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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), 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 inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

<sup>3</sup>“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)

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.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 13/07/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

---

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

### **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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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).

---

<sup>6</sup>"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

<sup>7</sup>**art. 1º. (...)**  
**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas 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.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covêncio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

**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,

QUIXADA, 6 de agosto 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	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 membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
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 **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **QUIXADA**, nos autos do Processo nº 00504261120208060151.

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2020.

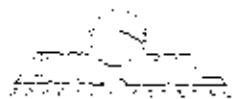


JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

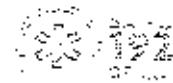
FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



PREFEITURA MUNICIPAL  
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ



Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CERTIDÃO NARRATIVA

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, portador do RG 2003021078845, inscrita no CPF 026.557.355-07, no dia 13/07/18, às 22h03, no município de Quixadá/CE, na rua dos Voluntários - Centro, vítima de Acidente com Motocicleta, sendo removido para a UPA Quixadá e em seguida para o IJF - Instituto Doutor José Frota. E para constar eu,

\_\_\_\_\_  
Maria das Graças Fernandes Gomes, Assessora Técnica, levou a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de agosto de 2018

Maria das Graças Torres  
ASSESSORA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ  
Rua da Paz nº 29 a 30 - Centro Eusébio - Ce  
Fone: (85) 3433 7434

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07862

CONTA: 000000012216-0

---

Autenticação:

BEAC7C23898214BFDA506D945D4AD8F78A597DB4BB693F8D62C55E3A9590A5DE



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JIZABEL CRISTINA SIVA DE QUEIROZ,

RG nº 3006 015 147 894, data de expedição 27/09/2006

Órgão SSPD - CE, portador do CPF nº 017.456.643-35,

com domicílio na cidade de Aquiraz, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA CEDRO NOVO REPARTIDOR, nº 5/N,

complemento CEDRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, cujo o condutor era

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN ESJ Ano: 2012/2012

Placa: OIA 0906 Chassi: 9C2 KC 1670CR567407

Data do Acidente: 13/07/2018.

Local e Data: Aquiraz - Ceará, 17 de maio de 2019

Jizabel Cristina Siva de Queiroz

Assinatura do Declarante

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

Investprev Seguradora S/A

20 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, IZABEL CRISTINA SUIVA DE QUEIROZ,

RG nº 2006 015 147 894, data de expedição 27/09/2006

Órgão SSPD - CE, portador do CPF nº 017.456.643-35,

com domicílio na cidade de Quixadá, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA CEDRO NOVO REPARTIDOR, nº 5/N,

complemento CEDRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, cujo o condutor era

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN EST Ano: 2012/2012

Placa: OIA 0906 Chassi: 9C2 KC 1670CR567407

Data do Acidente: 13/07/2018.

Local e Data: Quixadá - Ceará, 17 de maio de 2019

Investprev Seguradora S/A

30 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Isabel Cristina Suiça de Queiroz

Assinatura do Declarante

**CARTÓRIO  
JÚLIO MIRANDA**

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



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 20:00 Data de atendimento: 13/03/18  
Atendimento: ( ) 1º atendimento ( ) 2º Atendimento ( ) Previdenciário ( ) Outro

TRIAGEM

Hora: 19:30 Temp: 30°C P.A.: 100/60 mmHg P: 60 bpm SpO2: 95% Rx: 150 mg/100ml

IDENTIFICAÇÃO

Nome: pedro paulo martins seixas

Responsável (se menor):

Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Data de nascimento: 20/02/86 Idade: 32 Naturalidade: Quixadá

Estado civil: (x) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Profissão: Artesanal

Categoría: (x) SUS ( ) Outro RG/Cartão SUS: 21.000.000-0000-0000-0000-0000 Procedência: Quixadá/CE

Residência: R. do Conveniente N. 206 - Campo Verde

ATENDIMENTO

Queixa principal: TC

Exame(s) solicitado(s): Sanguíneo

Histórico atual:

Exame(s) solicitado(s): Sanguíneo

Assinatura: Carimbo Médico

RGES



Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

1. See ~~order~~ ~~for~~ ~~the~~ ~~500~~ ~~sets~~  
of ~~books~~ ~~which~~ ~~cost~~ ~~1550~~ ~~pesos~~.  
2. ~~Deliver~~ ~~them~~ ~~to~~ ~~the~~ ~~Father~~ ~~in~~ ~~charge~~ ~~of~~  
~~the~~ ~~library~~ ~~or~~ ~~the~~ ~~school~~ ~~as~~ ~~you~~ ~~see~~  
3. ~~Deliver~~ ~~them~~ ~~to~~ ~~the~~ ~~school~~ ~~as~~ ~~you~~ ~~see~~  
4. ~~Close~~ ~~the~~ ~~order~~ ~~and~~ ~~send~~ ~~it~~ ~~to~~ ~~the~~ ~~school~~ ~~as~~ ~~soon~~  
7. ~~Deliver~~ ~~the~~ ~~books~~ ~~to~~ ~~the~~ ~~school~~ ~~as~~ ~~soon~~  
20. ~~Deliver~~ ~~the~~ ~~books~~ ~~to~~ ~~the~~ ~~school~~ ~~as~~ ~~soon~~  
*Please* ~~close~~ ~~the~~ ~~order~~ ~~and~~ ~~send~~ ~~it~~ ~~to~~ ~~the~~ ~~school~~  
8. ~~Deliver~~ ~~the~~ ~~books~~ ~~to~~ ~~the~~ ~~school~~ ~~as~~ ~~soon~~



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252684-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

Numero SI 1821033182	Data 16/07/2018	Hora 11:38	Convênio SUS	Classificação RUE - SMS
Caráter de Atendimento URGÊNCIA				SISREG
Ocupação do Paciente TJP		Clínica/Especialidade CLÍNICA MÉDICA/NEUROLOGIA		
Médico Solicitante 732 - FRANCISCO FLÁVIO LEITÃO DE CARVALHO		Médico Responsável 732 - FRANCISCO FLÁVIO LEITÃO DE CARVALHO		
Procedimento Solicitado 8103846992 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOCERCEAL (GRAU II)		Dias		
==== IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE =====				
Nome PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA		Sexo MASCULINO		
Nascimento 25/02/1986	Idade 32 Anos	Raça/Cor PARDA	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Religião NÃO INFORMADO
Mãe MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA	Pai FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA			
Conjuge	Responsável FRANCISCO LAERSON MARTINS TEIXEIRA 2446855			
CMS 760005268419985	Registro 201802570003018	Documento Informado RG: 2003021078845	Emissão: 13/02/2012	Prontuário
Pais BRASIL	Município de Naturalidade QUEIXADA/CE CEP 63900-000			
Município de Residência QUEIXADA/CE	Logradouro RUA DA LAVANDERIA			
Número 28.	Complemento A	Bairro CAMPO NOVO		
fone Móvel (86) 9944-87262	Fone Fixo (86) 39669-96651	Ponto de Referência		
Situuação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) AUTÔNOMO / MOTOCICLISTA NO TRANSPORTE DE DOCUMENTOS E PEQUENOS VOLUMES				
==== CONTATO/ACOMODAÇÃO =====				
Em caso de urgência avisar FRANCISCO LAERSON		Acomodação/Leito 503/2		
Tipo de Acomodação ENFERMARIA	Clinica CLÍNICA MÉDICA	Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 07		
Auxiliante: helena	Data: 16/07/2018 Hora: 11:46:24 Tempo: 00:08:21			
==== TERMO DE RESPONSABILIDADE =====				

FRANCISCO LAERSON MARTINS TEIXEIRA, abaixo assinado, responsável pelo paciente PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 16 de julho de 2018

RESPONSÁVEL:

TESTEMUNHAS

P R E S C R I Ç Ã O M É D I C A  
NÚMERO 2018060928755

I IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*\*\*\*\* DATA 15/07/2018 LEITO: 503/2 \*\*\*\*\*

Nome: PEDRO PAULO MARTINS MEIXEIRA  
Sexo: Masculino  
Data Nascimento: 26/02/1986  
Idade: 32 ANOS  
Clínica/Especialização: CLÍNICA MÉDICA/NEUROLOGIA  
Registro: 201802570093916  
Religião: NÃO INFORMADO  
Intervenção: Consulta Convenio  
Posto de Enfermagem: POSTO DE ENFERMAGEM 07  
20182194182 16/07/2018 11:38 SUS  
E-mail: [pedro.paulo.martinsmeixeira@uol.com.br](mailto:pedro.paulo.martinsmeixeira@uol.com.br)

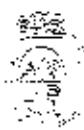
E - D L U C Á R

PACIENTE, 32 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 13/07/2018, COM TCE, APRESENTANDO PERDA DA CONSCIÊNCIA POR APROXIMADAMENTE ENCAMPINHADO PARA ATENDIMENTO NO ICF, ONDE REALIZOU TO DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU: FRATURA CRANIANA PARZETOTEMPORAL DIREITA COM EXTENSÃO PARA MASTRÍTE DE IPSILATERAL; FOCOS DE CONTUSÕES HEMORRÁGICAS TEMPOROPARIETAL A ESQUERDA CIRCUNDADOS POR EDEMA, FISSURA S E CTS ERVAS PRESERVADAS; LINHA MÉDIA CENTRADAS; INTERNA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS OU ALCOL AO MOMENTO, AD EXAME: REG. AAA, EUPNEICO, NOROSSORRADO, PNUCC COOPERATIVO, ALGO DESORIENTADO PUPILA ESQUERDA FOTOTRREAGEANTE, EM SOPRASSAP: MMH, SEM RADIX, PERFUNDIDAS, SEM EDEMA

I ÍTEM DA PRESCRIÇÃO	II AGRAVAMENTO	III EVOLUÇÃO/ANOTAÇÕES/OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM
1) DIETA LIVRE		
2) ALPIPERA 100 500MG 2ML 1 AMP + 500G FISIOLÓGICO 0,9% 10ML 2 AMP (IV) 6/6h SE DOR 0,1 FEBRE (TTEMP >37,7°C)		
3) BROMOPRÉJA 100 5MG/ML 2ML 1 AMP + AGUA 100 0,9% 10ML 1 FR (IV) 8/8h SE DOR FORTE		
4) IRAMAL 1L 100MG/2ML 1 AMP + 500G FISIOLÓGICO 0,9% 10ML 1 FR (IV) 8/8h SE DOR FORTE		
5) PENTOXA 100MG 1 COMP (VO) 8/8h		
6) CETOPIPERENO 50MG 1 COMP (VO) 12/12h		
7) CARBONATA ELEVADA E CENTRADA		
8) CAPTOPRILO 25MG 1 COMP (VO) SE FA MODULAR		
9) CCSS + SSVV		

Dr. Esta Pessoa Caracas de Souza  
Médico  
CREMEC 18.902

ESTA PESSOA CARACAS CRM 18902



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Centro de Regulação Estadual do SUS

#### **LÂMINAS DE NUMERAÇÃO DE AÍR**

CÓDIGO DE SEGUIMENTO: 12800356720

NWSP004.tif 23102805650

## **ANONIMATO DO ESTABELECIMENTO**

**CLÍNICA MUNICIPAL HOSPITAL DISTRITAL DE FERNANDES TAVORA**

www.123helpme.com

IDENTIFICACIÓN DE FABRICANTE

CH391ACIEN75: 700005265413306 : PEKRO PRESS

DATA DE NASCIMENTO : 00/00/1966 - 30 ANOS

NOSSA DA MAE, MARIA SILESTE MANTO

NOME DO RESPONSÁVEL: -OSPI AL

ANEXO 01: DISPOSITO DE PLACAS N° 00

SEARCHED: B.B. LIBRARY

SEXORIENTEDNESS

**TELEFONE DE CONTATO:**

TELEFONES DO PES

381RRO: URUGUAY

ANEXO 1 - INSTRUÇÕES

www.papal.org/it/cittadella/corpo/diuso

### **DIAGNOSTIC INVESTIGATION**

#### **DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:**

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASOCIADAS:

ANEXO 2 TRATAMIENTO CONSERVADOR DE TRA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0313.40092-180-TRABALHISTAS → EM ANEXO ENTRE 2000 E 2003 INTERNADÃO

CARATER DA INTERNAÇÃO: DIRIGE

PROFESSIONAL SOLICITANT: 981016002956351 - FRANCISCO FERNANDEZ DE LA

APPENDIX B

卷之三

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Qualidade  
Saúde

DADOS DO PACIENTE

	Nascimento	Sexo	Idade
EDUARDO PAULO MARTINS TEIXEIRA	25/02/1936	MASCULINO	32 ANOS
MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA	CNS: 720003266418906	Registro: 201802573003018	Lote: POSTO DE ENFERMAGEM 07, 503/2

\*\*\* EVOLUÇÕES - DATA 22/07/2013 \*\*\*

22/07/2013 10:33:06	P.P.M.T. 32 ANOS, MASCULINO, YD: TCE POR QDEA DE MOTO. EXCLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA, GLASGOW 14. EUPNEICO EM AR AMBIENTE. AVP EM NISD 10:33:06 PÉRVO E SEM SINAIS FLUSSISTICOS. ACEITA DIETA POR VO. PELE INTEGRA PARA LPP DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES NO PERÍODO. SEGUO NORMOCARDICO, NORMOTENSO. AFEBRIL SEM QUEXAS. SEGUO SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	PATRICIA XIMENES PONTES CÓDRENICE 605910
22/07/2013 10:46:08	#F S'OTERAPIAS (0302360122) ADMISSÃO PCTE P. P.M.T. 32 ANOS, PROVENIENTE DO NF COM HD: TCE POR QDEA DE MOTO. EVOLUI ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTANTE, COOPERATIVO, DEAMBULA SOZINHO. APRESENÇA SINAIS: SPC: 97%, PA: HÁLISA FACIAL A DIREITA. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, AP: MV: S/R.A. SINAIS: SPC: 97%, TEMP: 36,2°, FC: 68, FR: 18, FA: 120X70. REALIZOU ADMISSÃO DE FISIOTERAPIA E EXERCÍCIOS FACIAIS.	CINTHIA MARIA DE UMA GRANJEIRO CREFI/CE 203464-F

Netcon © 2015 SARAH V. 7.5.20

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**

Ceará  
**Coordenadoria de Regulação,  
 Avaliação e Controle  
 CRESUS - Central de Regulação  
 Estadual do SUS**



GOVERNO DO  
 ESTADO DO CEARÁ

ação:  
 Impedir a feitura de  
 reação

a os passos abaixo:  
 -ção de ativação  
 -ção de solicitação  
 -lização de solicitação  
 a de ocorrência  
 usão de ocorrência  
 usilização de ocorrência  
 ilhação de cancelamento  
 gistro de transferência  
 -lização de transferência  
 eração finalizada com sucesso

Sair  
 Sessão : Desconectar  
 Ações

**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

**Identificação do paciente**

TOD00626641S905 - PEDRO PAULO MARTINS

CNP - PACIENTE

TEIXEIRA

NOME DA MÃE

MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5671287

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

26/02/1986 - 32 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

HOSPITAL

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

DISTRITO DE PLACAS - Nº 00

ENDERÉSCO

URUQUE

Bairro

CEARÁ

ESTADO DE RESIDÊNCIA

QUIXERAMOBIM

Plantonista

38900173391 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE  
 CARVALHO FILHO

MÉDICO

(85) 32555000

TELEFONE PARA CONTATO

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O  
 HOSPITAL FERNANDES TAVORA

Solicitação

12600038720

NÚMERO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇĀO

SITUAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

CENTRAL DE REGULAÇÃO

15/07/2018 - 19:40

DATA - HOJE

38900173391 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE  
 CARVALHO FILHO

PROFISSIONAL

0503040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR  
 DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
 (GRAU MÉDIO)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - CLÍNICO - CLÍNICA GERAL

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URGEMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS  
 INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

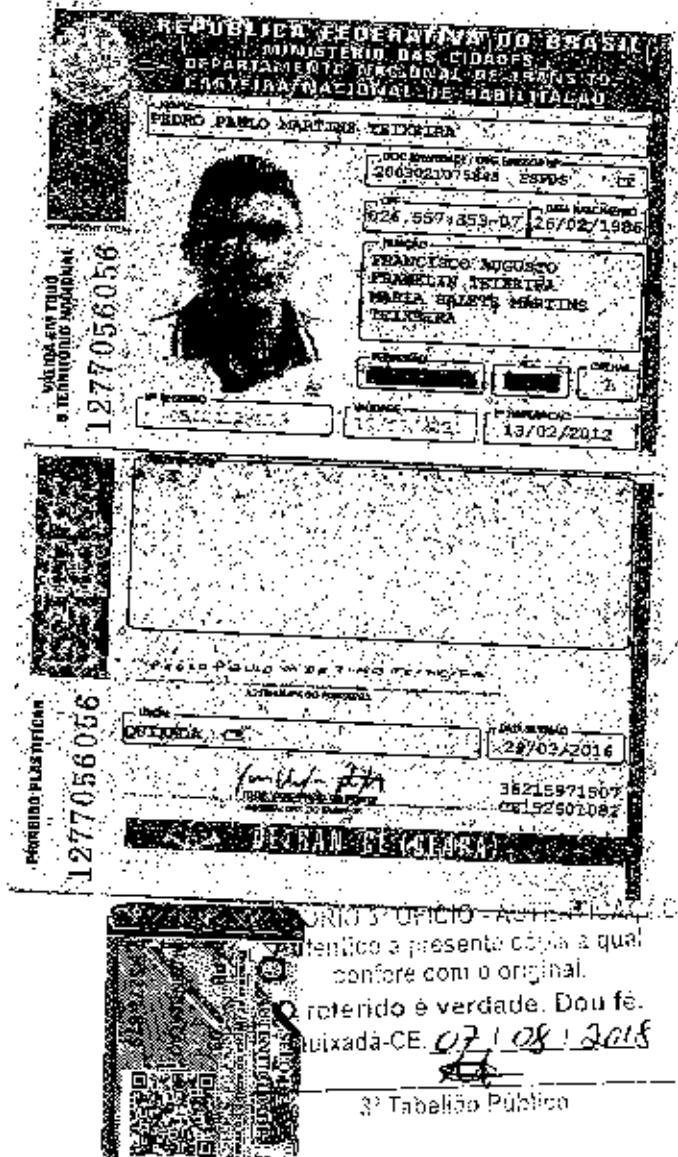
4 - URGENCIA

Justificativa da Internação

Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**BENTRAN**

DETAN - DE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

PPT 01 000476942557 00000000 2017

IZABEL CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA

VEÍCULO AUTOMÓVEL  
AUTOMÓVEL DE VIA TERRESTRE OU FORA-DE-COROA A PESSOAS

BRASILIA  
DF

017455645555 0140906/CE



**ARTIGO 3º OFÍCIO - AUTENTICAÇÃO**

Autêntico a presente cópia a qual

confere com o original.

O referido é verdade. Dou fé.

Quixadá-CE. (H) M. M. M.

**CE Nº 013567361550** BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR MUNICÍPIOS AUTÔMOS CLESES DE VIA TERRESTRE OU FORA-DE-COROA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO-STRADAIS

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoraonline.com.br](http://www.seguradoraonline.com.br)  
SAC DPVAT número 0321204

**EXPIRAÇÃO** DATA EMISSÃO  
2017-11-08/2017

**013567361550** HONDA/CB 150 PAN EST  
0140906/CE

**013567361550** HONDA/CB 150 PAN EST  
0140906/CE

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
013567361550 0140906/CE

**013567361550** HONDA/CB 150 PAN EST  
0140906/CE

Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**SEGURADORA LÍBER - DPVAT**

013567361550

0140906/CE

013567361550



Registro N. 786749 / 2019

Digitacao: 19/02/2019 (DANIELLE.SAMPAIO)  
Livro: 67 Página:189

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

**EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE**

Em 22 de Janeiro de 2019, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**SAMIA MAGALHÃES DE CARVALHO** CREMEC Nº: 13793

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

a fim de ser atendida a requisição de nº 68 / 2019, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 14:40h de 22/01/2019 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando relata que sofreu acidente de trânsito (queda de motocicleta) fato ocorrido dia 13.07.2018. Refere que sofreu traumatismo crânio-encefálico com sequela de paralisia facial a direita e hipoacusia (perda auditiva) a direita. Porta boletim de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento em Quixadá datado de 13.07.2018, assinado pela dra. Jussara Cartaxo – CREMEC ilegível que diz: "TCE". Refere ainda fratura na clavícula direita. Recebeu tratamento conservador. Porta relatório médico datado de 20.01.2019, assinado pelo dr. Alan Cidrão – CREMEC 19182 (Neurologista), que diz: "apresentou contusão cerebral e paralisia facial periférica traumática". Apresenta ainda atestado médico datado de 07.02.2019, assinado pelo dr. Felipe Paiva – CREMEC 12.430 (Otorrinolaringologista), que diz: "audiometria compatível com perda auditiva mista em ouvido direito sugestiva de lesão/sequela decorrente de trauma". Ao exame: verifica-se paralisia hemi-facial direita.

**RESPOSTA AOS QUESITOS**

QUESITO ÚNICO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

**Ouvido direito. Dano corporal segmentar por perda auditiva a direita, mensurada em 20%.**

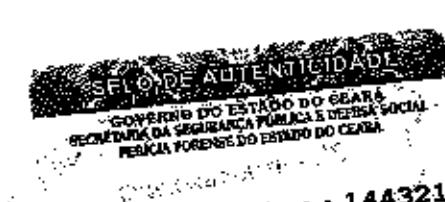
Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

Dra. Samia Carvalho  
Médica  
CREMEC 13.793  
SAMIA MAGALHÃES DE CARVALHO  
CREMEC Nº: 13793

Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



AA 144321

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço [pefoce.dpvat.pf.gov.br](http://pefoce.dpvat.pf.gov.br) e informe o código 786749/414667

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190288465      **Cidade:** Quixadá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA      **Data do acidente:** 13/07/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craniocéfálico com contusões hemorrágicas temporo-parietais à esquerda. Fratura parieto-temporal direita com extensão para mastoide ipsilateral.

**Descrição do exame físico:** Vítima refere dor aos movimentos do ombro direito além de redução da audição à direita e perda total da visão à direita. Discreta paralisia facial periférica à direita. Audiometria de 07/02/2019 do Dr. Felipe Paiva (mencionado no IML em anexo ao processo), relata: "perda auditiva mista em ouvido direito sugestiva de lesão/sequela decorrente de trauma"

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador de todas as lesões, evoluindo sem complicações com alta hospitalar e orientações de acompanhamento ambulatorial.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima é portadora de leucocoria desde a infância, sem relação com o trauma em questão. Vítima apresenta uma discreta limitação dos movimentos do ombro direito. É descrito no laudo do IML (baseado num laudo apresentado pela vítima) ter havido uma fratura da clavícula direita. Não existe, na documentação médica emitida pelo Hospital Dr. Fernandes Távora, menção à fratura da clavícula e portanto essa informação não foi levada em consideração. A redução da acuidade auditiva está incluída no dano craniofacial.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136850/19

Número do Sinistro: 3190288465

Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

CPF: 026.557.353-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2018

Titular do CPF: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA : 026.557.353-07**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019  
Nome: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA  
CPF: 026.557.353-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Camila Feitosa Pedrosa

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

---

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

Número do Sinistro: **3190288465**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R DA LAVANDERIA, 231, CS A - CPO NOVO - Quixadá - CE - CEP 63905465**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2003021078845**

Data e local do acidente: [ **13/07/2018** ] **Centro de Quixadá**

Data e local do exame: [ **30/07/2019** ] **Limoeiro do Norte** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Traumatismo cranioencefálico com contusões hemorrágicas temporo-parietais à esquerda. Fratura parieto-temporal direita com extensão para mastoide ipsilateral.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Vítima refere dor aos movimentos do ombro direito além de redução da audição à direita e perda total da visão à direita. Discreta paralisia facial periférica à direita. Audiometria de 07/02/2019 do Dr. Felipe Paiva (mencionado no IML em anexo ao processo), relata: "perda auditiva mista em ouvido direito sugestiva de lesão/sequela decorrente de trauma"*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Tratamento conservador de todas as lesões, evoluindo sem complicações com alta hospitalar e orientações de acompanhamento ambulatorial.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Dano cranio facial*

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

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

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas crânio faciais**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

*Vítima é portadora de leucocoria desde a infância, sem relação com o trauma em questão. Vítima apresenta uma discreta limitação dos movimentos do ombro direito. É descrito no laudo do IML (baseado num laudo apresentado pela vítima) ter havido uma fratura da clavícula direita. Não existe, na documentação médica emitida pelo Hospital Dr. Fernandes Távora, menção à fratura da clavícula e portanto essa informação não foi levada em consideração. A redução da acuidade auditiva está incluída no dano craniofacial.*

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

---

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

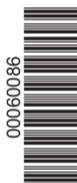
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190288465

Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 7862

Conta: 0000012216-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:  
026.557.353-07 PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP 11445/2012

Nome completo:	CPF:		
PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA	026.557.353-07		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	RUA DA LAVANDERIA	231	A
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CAMPO NOVO	QUIXADÁ	CE	63905-465
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CóPIA).

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR.	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para estabelecimentos abertos. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 7862 <input type="checkbox"/> CONTA: 12346 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 11.904/74, art. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/vívidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desdenho não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: QUIXADÁ, 23 DE ABRIL DE 2019  
Nome: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA  
CPF: 026.557.353-07

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

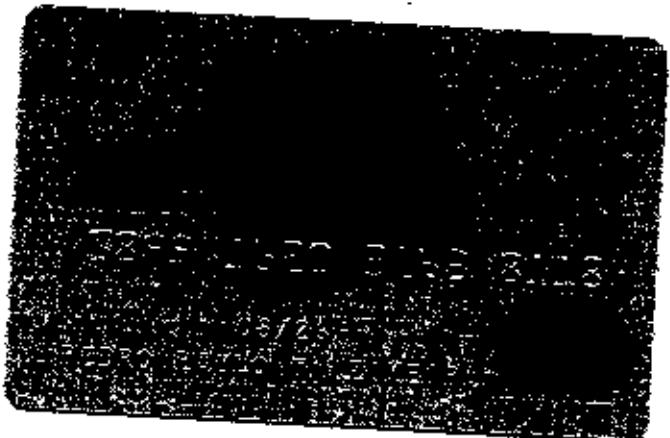
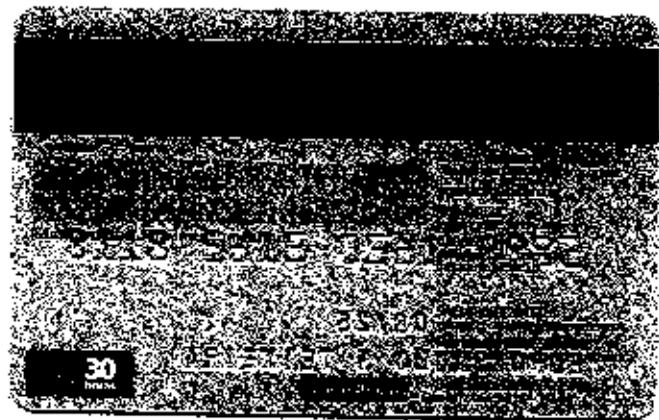
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Investiprev Seguradora S/A

Assinatura \_\_\_\_\_  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, melhor e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

**3190 288465**

CPF da vítima:

**026.557.353-07**

Nome completo da vítima:

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

Profissão:

**DESEMPREGADO**

Endereço:

**RUA DA LAVANDERIA**

Bairro:

**CAMPNO NOVO**

Cidade:

**QUIXADÁ**

CPF:

**026.557.353-07**

Número:

**231-A**

Complemento:

Estado:

**CEARÁ**

CEP:

**63.905.465**

Tel. (DDD):

**(88) 99705-9373**

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITAU**

AGÊNCIA: **7862**

CONTA: **12216**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **7862**

CONTA: **12216**

**0**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74; art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: **Quixadá - Ceará, 17 de maio de 2019**

Nome: **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

CPF: **026.557.353-07**

(\* Assinatura de quem assina A RODO

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assin

Investprev Seguradora S/A

20 MAI 2019

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODOG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

20 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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



Impresso nº 2019221468

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 4051 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO	Investprev Seguradora S/A
Data / Hora da Comunicação: 20/09/2018 09:02:52	
Data / Hora da Ocorrência: 13/07/2018 17:30:00	
Endereço da Ocorrência: RUA DOS VOLUNTARIOS	
Complemento:	
Bairro:	Município: QUIXADA/CE CNPJ: 42.366.302/0001-28
Ponto de Referência: TAPUÍARA	

Noticiante(s)

Nome: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA	
Nascimento: 26/02/1986 CPF: 026.557.353-07	
RG: 2003021078845 Orgão Emissor: SSPDS	UF:
Filiação: MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA	
FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA	
Endereço: RUA DA LAVANDERIA, 231 A	
Bairro: CAMPO NOVO	CEP:
Município: QUIXADA/CE	
País: BRASIL	Telefone: (88) 9722-2206

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: QIA0906 UF: CE Município: QUIXADA Chassi: 9C2KC1670CR567407 Renavam: 476015337 Tipo de Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAM ESI Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: IZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO
--

Histórico

Que o noticiante afirma ...

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300869-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

VISTO DO DELEGADO(A) :

ICARO GOMES COELHO - MAT.: 301200-5-1



A apresentação digital é feira com original.

Deu: 04/04/2019 / 2019

Marília Viana Viana - Delegada  
Eduardo Tárcio Viana Bazzetta - Substituto

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

Impresso nº 2019450628

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 2720 / 2019****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **04/07/2019 15:03:17**Data / Hora da Ocorrência: **13/07/2018 17:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA RUA DOS VOLUNTÁRIOS**

Complemento:

Bairro:

Município: **QUIXADA/CE**

Ponto de Referência:

**Investprev Seguradora S/A**

22 JUL 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Noticiante(s)**Nome: **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**Nascimento: **26/02/1986** CPF: **026.557.353-07**RG: **2003021078845** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA****FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA**Endereço: **RUA DA LAVANDERIA, 231 A**Bairro: **CAMPO NOVO**

CEP:

Município: **QUIXADA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 9722-1206****Histórico**

O presente Boletim de ocorrência foi confeccionado para servir de adendo ao Boletim de Ocorrência de nº 534-4051/2018, pois, a narrativa acerca do acidente esta incompleta e que diante disso acrescenta que no dia hora e local supra citados o noticiante conduzia a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, ANO 2012/2012, PLACA OIA0906, CHASSI 9C2KC1670CR537407, quando perdeu o controle da referida motocicleta por conta de buracos na pista; Que por conta dos ferimentos o noticiante foi levado para Upa, Hospital Eudálio Barroso, Hospital IJF e Hospital Fernandes Távora( ambos na cidade de Fortaleza); Que o noticiante ficou internado por aproximadamente onze dias de onde teve alta para continuar a recuperação em casa; Que o noticiante teve uma pancada na cabeça onde se formou um coágulo e que por conta da queda teve a clavícula direita fraturada.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** **PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA****VISTO DO DELEGADO(A) :** **ÍCARO GOMES COELHO - MAT.: 301200-5-1**