



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 **WITC.20.00171983-1** em **03/11/2020 10:07:28**.
- 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 : Itapipoca
Processo : 0001687-94.2019.8.06.0101
Protocolo : WITC.20.00171983-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 03/11/2020 10:07:28

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* : 2740404_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2740404_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.pdf
Documentação : 2740404_CONTESTACAO_Anexo_02 - 12-21.pdf
Documentação : 2740404_CONTESTACAO_Anexo_02 - 22-23.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 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITAPIPOCA/CE

Processo: 00016879420198060101

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 **CESARIO SILVA DE MENESES**, 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 SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/10/2018**.

Cumprе 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\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta 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/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

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.

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;

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

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\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta 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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para 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 ressaltar 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\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 deslinde 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, conseqüentemente, 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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁴“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁵.

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 ação⁶.

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 honorários 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 Excelência 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.

63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶ art.

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 exposto 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,

ITAPIOCA, 29 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

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 gradação (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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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\$ 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 dentre os outros dedos da mão					
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; **JOSELAINE 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 n.º 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 **CESARIO SILVA DE MENESES**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **ITAPIOCA**, nos autos do Processo nº 00016879420198060101.

Rio de Janeiro, 29 de outubro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESES

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

Documentação médico-hospitalar

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



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESES

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CESARIO SILVA DE MENESES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04159-9

CONTA: 000010010636-6

Nr. da Autenticação 4F0E5C228E667EE9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - CE Nº 013869703660
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VA 01 01013630260 00000000000 2017

LUCIANA BATISTA TEIXEIRA
AMONTADA /CE

03073519394 01E9340/CE
PLACA ANT /UF /CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC. GASOL/ALCB
HONDA/NXR150 BROS ESD 2014 2014
2P/OCV/149CC CATEGORIA 1ª PRETA

1ª VENDA / COTAS 1ª VENDA / COTAS
2ª VENDA / COTAS 2ª VENDA / COTAS
3ª VENDA / COTAS 3ª VENDA / COTAS

AMONTADA LOCAL 11/12/2017
Lugar Pontas Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013869703660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 01 03073519394 01E9340
01013630260 HONDA/NXR150 BROS ES 2014 09

PRÊMIO TARIFARIO
FMS (R\$) 81,29
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
COTA UNICA
DATA DE EMISSÃO 07/12/2017

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

MOTOR: KD05E4E057071

01763

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

013869703660
RECIBO CE Nº

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

ASS:

ASSINATURA



01763
01E9340
01013630260
161930 01526

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594421 **Cidade:** Amontada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO À ESQUERDA.
FRATURA DA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS O MEMBRO INFERIOR DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 147655 Atendimento 0004 Nome do Paciente CESARIO SILVA DE MENESES

CNS 898002918613233

Guia de Autorização

Documento(s) CPF: 248.560.293-04 Identidade: 305987496
Data de Nascimento 25/02/1963 Local ITAPIOCA/CE

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino
Idade 55 Ano(s)

Pai FRANCISCO GOMES DE MENESES

Mão AMBROSINA SILVA DE MENESES

Endereço RUA JOAO GOMES DE MENESES, 479

Bairro FLORES

CEP 62540-000

Município AMONTADA

UF CE Telefone 88996423613

Profissão VIGIA Empresa

Cônjuge

Responsável CESARIO SILVA DE MENESES

CPF do Responsável Endereço RUA JOAO GOMES DE MENESES, 479

Município AMONTADA

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/09/2018 Hora 11:35 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional de Atendimento ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO

CRM/UF 3289/CE

Tipo Atendimento CONSULTA

Indicador de Acidente

Funcionário ALEXANDRO DE OLIVEIRA SANTOS

Trânsito
Observação

Sa Data/Hora Liberação às hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) 86 R (mpm) PA (mmHg) 150 X 90 Oximetria (%) Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 19/09/2018 11:42

Responsável pela Classificação: FRANCISCA ELISANGEL

Relatório:

PACIENTE REFERENCIADO DE AMONTADA COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO, NEGA TER BATIDO CABEÇA, COMPARECI COM TRAUMA EM MSE(PUNHO) E MID JOELHO ESTANDO COM CORTE, PTE NEGA PROBLEMAS DE SAUDE E ALRGIAS MEDICAMENTOSAS.SPO2

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.
HMSVP

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.
HMSVP

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM: 3289

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO
CRM: 3289/CE
LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CESARIO SILVA DE MENES

18 DEZ. 2018



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2016007

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552066

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2552066

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LEOPOLDO SILVA DE MENESES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

147655

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

998 002 918 6132 33

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/02/1963

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ADRIANOSILVA SILVA DE MENESES

12 - TELEFONE DE CONTATO

1881 9612-3613

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LEOPOLDO SILVA DE MENESES

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

166 - RUA COMES DE MENESES 1179 FLORES

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARMATADA - CEARA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2300754

18 - UF

CE

19 - CEP

6251000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com queixa de dor no peito
de início súbito, com caráter
familiar e história de hipertensão arterial
e diabetes.

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Suspeita de IAM

HMSVP

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ECG de repouso - normal. Rx de tórax - normal.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença aguda de parede posterior do infarto do miocárdio

11-605

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

010505-136

29 - CLÍNICA

ARMATADA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. André Luiz de Almeida Neto

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/12/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

TRANSITOLOGIA - ORTOPEDIA
RENOVACE 3289-SBOT 1117

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAC DA EMPRESA

44 - CDOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREENHADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APRENDIZADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. José Ribeiro
CRM 667-8
Medicina
SMSI - Itapipoca

URIA CORRETORA DE SEG. LTD.

18 DEZ. 2018

ASSINATURA

DADOS DO PACIENTE

Nome		CESARIO SILVA DE MENESES	
Nascimento	Local	ITAPIPOCA	
Sexo	Raça/Cor	Etnia	
Masculino	Parda		
Documento(s)	CPF: 248.560.293-04 Identidade: 305987498		
Endereço	Nº	Bairro	Município
RUA JOAO GOMES DE MENESES	479	FLORES	AMONTADA-CE
Fone	VIGIA	Empresa	Fone Empresa
(88)99642-3613			62540-000
Responsável	CPF do Responsável		
CESARIO SILVA DE MENESES	24856029304		
Endereço Responsável	Conjuge		
RUA JOAO GOMES DE MENESES			
Mãe	Pai		
AMBROSINA SILVA DE MENESES	FRANCISCO GOMES DE MENESES		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora	Quarto/Lote	Aposento	Clinica	Sector
18/09/2018 15:21	061-0006	ENFERMARIA	CIRURGICA	EMERGENCIA ADULTO
Convênio	Matrícula	Autorização	Dias	Gula
SUS			0	
Indice	TONIO PIERRE AGUIAR NETO			
Cur Principal	CID Complementar			
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia	W99.9 Local no			
Observação				
Usuário	Procedimento SUS	Usuário Saída		
SYLVANIA DOURADO DE SOUSA	0406050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA			
Data Saída	Hora	Condição da Saída		
18/09/2018				

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio.

MMSP

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Assinatura do responsável

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: SYLVANIA DOURADO DE SOUSA

ITAPIPOCA, 19 de setembro de 2018.



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital HMSV Clínica Trauma Enf. Sala Leito
Paciente ROSEIRO Salva de Menezes Matrícula 147655

Diagnóstico Fratura exposta de perônio da 1ª falange - 1º Art.

Moléstias Secundárias N/D

Queixa e Duração Dor no pé direito há 15 dias

História da Moléstia Atual Acidente de trânsito com queda de 10 metros de altura no pé direito -

Antecedentes Individuais N/D

Antecedentes Hereditários N/D

Hábitos N/D

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

Interrogatório sobre Aparelho N/D

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐
Alta tratam. terminado ☐ LIBIA CORRETORA DE SEB. EDA.

Óbito ☐

Dr. André Pierre Aguiar Neto
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CREMECCE 3289-6807 1113

18 DEZ. 2018

Assinatura

Data



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente Cristiane Silva de Menezes
Categoria 205 Idade 55a Sexo Man Enf. Leito
Data da Cirurgia 22 / 09 / 18 Cirurgião Dr. George Augusto
Auxiliar Circulante Joana Paiva
Diagnóstico Pré-operatório: FRACTURA RADIO PISTAL (R)
Cirurgia Ostossintese de frad. Punho E.
Diagnóstico Pós-operatório: FRACTURA RADIO PISTAL (R)

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① ANESTESIA PERCU BRACHIAL (R)
- ② FALTA ESQUELETO SUPLEN M. SE
- ③ ASPIRACÃO E ANTISEPSIA
- ④ INCISÃO PERCUTANEA EM MÃO CENTRAL
NO ZEMTC E COLOCAÇÃO DE 2 FIOS
DE 2,5MM
- ⑤ INCISÃO PERCUTANEA METARSE DO
RADIO (R) BEBIA PERCUTANEA E
COLOCAÇÃO DE 2 FIOS 3,0MM
- ⑥ COLOCAÇÃO DE PLACAS DE COLA
- ⑦ TACAO LONGITUDINAL M. SE
COM RESISTENCIA E ASSIST. FIXAÇÃO
- ⑧ CURATIVO
- ⑨ RETORNA FAZDA SMARCH

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum Onus para o paciente ou
qualquer tipo de convenio.

HMSVP

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018



Dados Clínicos - Médico

Paciente

CESARIO SILVA DE MENESES

Prontuário

147655/0006

Data de Nascimento

25/02/1963

Idade

55 Ano(s)

Nome da Mãe

AMBROSINA SILVA DE MENESES

Data Internação

19/09/2018

Aposento

ENFERMARIA

Profissional Responsável

ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO

Quarto/Letto

061/0006

CRM

3289

Convênio

SUS

Setor

EMERGENCIA ADULTO

Especialidade

CIRURGICA

Diagnóstico

S82.2 Fratura da diáfise da tíbia W99.9 Local ne

DESCRICAO PROCEDIMENTO CIRURGICO ANESTESIA

Descrição de Procedimento Cirurgico - Anestesia - 19/09/2018 18:04:45

com o paciente em decubito dorsal realizamos:

a) - lavagem com soro e povidine exaustivamente

la - reparação do aparelho extensor

sutura por planos

curativo

aparelho gessado

X. Ant. Pierre Aguiar Neto

RAUMATOLOGIA - ORTOPEdia

CRM 3289-SSOT 1113

RESPONSÁVEL: ANTONIO PIERRE AGUIAR NETO - CRM-CE 3289

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

LÍBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA

18 DEZ. 2018

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 E INFRAESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES

NOME
CESARIO SILVA DE MESESES

DOCE/IDENT / OUTR IDENTIF
 305987496 SEP CE

CPF 240.560.293-04 DATA NASCIMENTO 25/02/1963

FILIAÇÃO
 FRANCISCO GOMES DE MESESES
 AMBROSINA SILVA DE MESESES

NÚMERO 04249932650 VALIDEZ 24/08/2020 1ª EMISSÃO 10/12/2007

OBSERVAÇÕES
 A :

Assinatura do Portador: *Cesario Silva de Meseses*
 LOCAL ITAPIPOCA, CE DATA EMISSÃO 31/08/2017

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]*
 74846135416
 CE161087710

CEARÁ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1496975875

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1496975875

LIBIA CORRRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

ASS: _____



RECEITUÁRIO

Laudo para DPUAT

P/ Ceronio Silva de Menezes

Paciente vítima de acidente de Trânsito na data de 19/09/2018, compare

B.O. nº 409 - 1013 / 2018

Paciente encerra com fratura de diáfise da tíbia e fratura de rádio distal R.

Foi submetido à procedimento cirúrgico (osteossíntese da fratura do rádio R. e da tíbia).

Apresenta sequelas motora e sensorial da face e limitação funcional do MEF e MEF.

Ata Depoimento

22/05/2019

88 9 9660.4153

Rua: Dom Aureliano Matos, 536
Centro - Itapipoca - Ce

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciana Batista Teixeira,

RG nº 2004015142888, data de expedição 05/05/2016

Órgão SSP, portador do CPF nº 03073519394, com

domicílio na cidade de Amontada, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Padre Manoel Primo de Souza, nº 1012,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima clesario silva de menezes, cujo o condutor era

clesario silva de menezes.

Veículo: Motociclo

Modelo: Honda / NXR150 BEAS ESD

Ano: 2014

Placa: 0JE9340

Chassi: 9C2KB0540E057071

Data do Acidente: 19/09/18

Local e Data: Itapipoca 28/11/12

Luciana Batista Teixeira

Assinatura do Declarante



clesario silva de menezes

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



Paloma Diniz

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

Ass:

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francineide Silva Cruz inscrito (a) no CPF/CNPJ 773191003/78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cebario Silva Meneses inscrito (a) no CPF sob o Nº 248560293/04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cebario Silva Meneses, inscrito (a) no CPF sob o Nº 248560293/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Duque de Caxias</u>		Número <u>453</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itapipoca - CE</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>62500-000</u>
Email <u>segurodpvatseguro@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(88)996518731</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88)992129995</u>	

Itapipoca 05 de Dezembro de 2018
Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

, 18 DEZ. 2018

Ass: _____

Francineide Silva Cruz

Assinatura do Declarante

Nº DO CLIENTE

6588768

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veloso, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-79 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

548064053

Rota 02 35000 35 058800 - 2

Data de Emissão 05/11/2018

Nome FRANCINEIDE SILVA CRUZ

End. Postal AV DUQ CAXIAS 00953

CENTRO - ITAPIPOCA - 62500000

Medidor 5512243

Poste 0000 0000

Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 771191003-78

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2018	05/11/2018	05/12/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Valor
11911000	Set/2018	16,76

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,95	27,00%	14,02

Padrão Individual

Apuração Individual		
Mensal	Trím.	Anual
DIC 5,15	16,39	20,77
FIC 1,30	4,69	13,20
DMIC 2,54		0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5094.1057.1502.5286.0408.9544.0000.0551

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 37460	37395	1,00	65	0,00	65	4,79426	311,95
05/11/18	05/10/18		33 DIAS		65		51,95

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 4,26)
51,95
10,16

VENCIMENTO 12/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

62,11

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,07
Transmissão	2,83
Distribuição	10,88
Encargos Setoriais	2,91
Tributos (ICMS e ICFINS)	17,07
TOTAL	51,95

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
67	65	57	70	66	71	75	72	74	66	72	58	68			

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
25,38	0,00	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS E AVISOS DE VENCIMENTO

Para cancelar sua conta em débito automático utilize

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

18 DEZ. 2018

Nº DO CLIENTE

8379610

Para regular seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.

CNPJ 07047351/0001-70 | CGF 06.106.846-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438
de 20 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 18 35030 01 124200 - 0

Data de Emissão

Nome AURILENE GOMES RODRIGUES

End. Postal RU JOAO GOMES DE MENESES 00479
FLORES - AMONTADA - 62540000

Medidor 7667299

Posto 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 021529493-90

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência
Out/2018Data da Apresentação
26/10/2018Previsão Próxima Leitura
26/11/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta
Mês
Mês

Padrão Individual

Aprovação Individual

ICMS

Base de Cálculo (R\$)
123,77Alíquota
27,00%Valor do Imposto
33,41

Mensal Trim. Anual

DIC 5,19 10,38 30,7

FIC 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,94 1,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C136.5921.4025.4788.0780.0742.012.05ED

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18244	18136	1,00	154	0,00	154	0,53	81,25
26/10/18	26/09/18		30 dias		154		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	81,25
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,48
MULTA MORATORIA REF 09/2018	0,89
JUROS DO MES	0,03
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,92
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	3,35
COBRAN?A CENTERCOB 0800 600 6531 1/1	39,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,76)	

VENCIMENTO

05/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

149,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energet	38,97
Transmissão	16,00
Distribuição	16,00
Encargos Setoriais	43,15
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	96,80
TOTAL	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

146	154	134	151	133	148	147	155	159	139	156	145
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Compensação kg (CO ₂)	Conscientização Ecológica (%CO ₂)
Emitido kg (CO ₂)	60,12	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E ANÍMOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM LÍQUIDAÇÃO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no contato de
de denúncia, zila e chilique, Ministério da Saúde.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

ASS:

NOTAS DE REFERENCIA

Unid. de Origem: NY 1115 Nº do Cartão SUS: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: Mant. C.

Nome: PERSONA - Sílvia da Glória Prontuário Nº: 107655
 Nome da Mãe: _____ Nº RG: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 21/01/1963 Ocupação: Advogada
 Endereço: _____ Bairro: F. Romeu Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Violência física em relação ao
marido / transtorno e depressão e uso de drogas
Resultado de Exames: distúrbio e fígado alterado de
pressão / possível gravidez

Condução já Realizada: _____
 Impressão Diagnóstica: funcionou em Rotor 4 e fusão exat. 4/10
 Médico: Claudio T.A.
 C.R. Claudio T.A. 19/09/2017
 Assinatura do Examinando: _____ Nº Registro _____
 Assinatura do Examinador: _____ Função _____
 Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: PLAQUEIA Profissional: THAYANE 20000
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N°. _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

LIBIA CORRETORA DE SEÇ. LTDA.

Distr

(*) Utilizar também como resumo de Alta

18 DEZ. 2018

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 02-28-2002 BY 60322 UCBAW/BJS

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:	
	24856029304	Cesario Silva de Meneses	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Cesario Silva de Meneses		24856029304	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
leitor	João Gomes de Meneses		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Flores	Amontada	CE	62540-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(88) 94651		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 4159	9	AGÊNCIA: _____	_____
CONTA: 10636	4	CONTA: _____	_____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Itapipoca - CE 05/12/18	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____
		CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Cesario Silva de Meneses

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)
Francinide Silva Cruz

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

18 DEZ. 2018

ASS: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AMONTADA



Impresso nº 2018251897

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 409 - 1013 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/10/2018 08:39:44**
Data / Hora da Ocorrência: **19/09/2018 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **BR BR 402**
Complemento: **PROX. AO EDNARDO SALDANHA**
Bairro: _____ Município: **AMONTADA/CE**
Ponto de Referência: _____



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESARIO SILVA DE MENESES**
Nascimento: **25/02/1963** CPF: _____
RG: **305987496** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **AMBROSINA SILVA DE MENESES**
FRANCISCO GOMES DE MENESES
Endereço: **RUA JOÃO GOMES DE MENESES, 479**
Bairro: **FLORES**
Município: **AMONTADA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIE9340** Uf: **CE** Município: **AMONTADA** Chassi: **9C2KD0540ER057071** Renavam: **1013630260** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **LUCIANA BATISTA TEIXEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa a vítima que na data, local e horário supracitado trafegava no veículo Honda/NXR 150 BROS ESD, placa: OIE - 9340, registrada junto ao Detran no nome de Luciana Batista Teixeira; Que em determinado trecho ao tentar desviar de um buraco, perdeu o controle e caiu ao solo; Que foi socorrido por populares e encaminhado para o Hospital de Amontada; Que devido a gravidade precisou ser transferido para o Hospital São Camilo, na cidade de Itapipoca; E, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE AMONTADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

JOSE RENATO DE SOUSA - MAT.: 300019-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Cesario Silva de Menezes

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

VITOR HUGO DE SANTANA SANTOS - MAT.: 30123654

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 DEZ. 2018

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:	
	24856029304	Cesario Silva de Meneses	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Cesario Silva de Meneses		24856029304	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
leitor	João Gomes de Meneses		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Flores	Amontada	CE	62540-000
E-mail:	Tel (DDD):		
	(88) 94651		

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 4159	9	AGÊNCIA:	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA: 10636	4	CONTA:	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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:	
		Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Itapipoca - CE 05/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

3ª Nome: _____

CPF: _____

18 DEZ. 2018

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

* Francisco Silva Cruz

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594421

Vítima: CESARIO SILVA DE MENESES

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CESARIO SILVA DE MENESES

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **CESARIO SILVA DE MENESES**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **001**

Agência: **000004159-9**

Conta: **000010010636-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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.

Atenciosamente,

