

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > 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 **WEB1.20.01410659-0** em **27/08/2020 13:13:35**.
- 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** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0244881-38.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01410659-0  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 27/08/2020 13:13:35

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

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

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

**Petição\*** : 2746312\_CONTESTACAO\_01 - 1-11.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2746312\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-16.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
**Recibo** : [Realizar download do recibo](#)

---

**Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190717646**

**Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO**

**Data do Acidente: 27/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO**

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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717646

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717646

Vítima: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A  
11 - Bairro: IPARANA 12 - Cidade: Pauçara 13 - Estado: ES  
14 - CEP: 64628340 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 91.8870.1298

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Bradesco  
AGÊNCIA: 0288 CONTA: 24062

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não 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 (assinale 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - ☐ Impugnado ☐ Queda ☐ Anulado ☐ Beneficiário no afilado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 11 de Novembro de 2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcos Antonio Moreira Soares Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A  
11 - Bairro: IPARANA 12 - Cidade: Pauçara 13 - Estado: ES  
14 - CEP: 64628340 15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (85) 91.8870.1298

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Bradesco  
AGÊNCIA: 0288 CONTA: 24062

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não 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 (assinale 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênus)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - ☐ Impugnado ☐ Queda ☐ Anulado ☐ Beneficiário no acidente  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 11 de Novembro de 2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcos Antonio Moreira Soares Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A  
11 - Bairro: IPARANA 12 - Cidade: Pauçara 13 - Estado: ES  
14 - CEP: 64628340 15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (85) 91.8870.1298

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☐ 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: Bradesco  
AGÊNCIA: 0288 CONTA: 24062

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não 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 (assinale 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - ☐ Impugnado ☐ Queda ☐ Anulado ☐ Beneficiário no acidente  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 11 de Novembro de 2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcos Antonio Moreira Soares Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 22. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2019782225



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 122 - 883 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2019 09:20:13**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/09/2019 16:43:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV ULISSES GUIMARÃES, PARQUE LEBLON - CAUCAIA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO**  
Nascimento: **29/02/1996** CPF: **057.396.783-07**  
RG: **2006010159940** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:  
Filiação: **VANIA MARIA LOPES SOARES**  
**MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES**  
Endereço: **RUA ULISSES GUIMARÃES, 1900**  
Bairro: **IPARANA**  
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.627-510**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98884-1593**

**Histórico**

Afirma o declarante, advertido das penalidades dos artigos 339 e 340 do CPB, que na data de 27.09.2019, seguia como garupa em um veículo modelo HONDA/CG 125 FAN ES, de cor vermelha, Chassi 9C2JC4120BR512982, Renavam 279771436 e placa NUM-3259, esta sendo guiada pela motorista PAULO RIBEIRO DA SILVA (CPF 388.346.853-34); Ademais, ressalta que seguiam sentido Caucaia/Fortaleza, quando um homem, saiu às pressas de uma obra e atravessou a rua de forma repentina; Que, o condutor do veículo ainda tentou reduzir a velocidade e se desviar do pedestre, entretanto, não conseguiu êxito na manobra; Que, então, o veículo veio a colidir-se contra o homem, onde o declarante e o condutor do veículo vieram a cair ao solo; Que, o condutor do veículo e o pedestre tiveram apenas escoriações leves pelo corpo; Que, o declarante, entretanto, após a queda, permaneceu desacordado, onde veio a recobrar a consciência apenas por volta de 20h no Hospital Antônio Prudente; Relata, entretanto, que conforme informações de familiares, após a colisão, fora acionado o SAMU pelo condutor do veículo, PAULO RIBEIRO DA SILVA; Que, após a chegada dos citados profissionais de saúde, estes prestaram os primeiros atendimentos e conduziram o declarante inicialmente ao Hospital Municipal de Caucaia, e, após atendimento inicial, fora constatado a fratura em sua clavícula, sendo necessário tratamento cirúrgico; Que, então, fora posteriormente conduzido ao Hospital Antônio Prudente, sendo submetido na citada unidade de saúde a uma cirurgia para recuperação das fraturas já citadas. E nada mais disse.//////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 22. DISTRITO POLICIAL**





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 22. DISTRITO POLICIAL

Impresso nº 2019782225



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 122 - 883 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**BRUNO DE ANDRADE CAVALCANTE - MAT.: 300609-1-1**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X Morcos Antonio Morcos 5 filho

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**ERIVALDO PEREIRA LIMA - MAT.: 14337-1-7**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.396.783-07 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Moreira Soares Filho

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

5 - Nome completo: Marcos Antonio Moreira Soares Filho 6 - CPF: 057.396.783-07  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua do Salgado 9 - Número: 148 10 - Complemento: CASA A  
11 - Bairro: IPARANA 12 - Cidade: Pauçara 13 - Estado: ES  
14 - CEP: 64628340 15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (85) 91.8870.1298

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Bradesco  
AGÊNCIA: 0288 CONTA: 24062

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não 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 (assinale 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 11 de Novembro de 2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcos Antonio Moreira Soares Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00288-7

CONTA: 000000024062-1

Nr. Autenticação

BRDESCO0503202005000000000023700288000000024062253125 PAGO

Rota CA709U10 - 128200 Referência 09/2019  
 Nome MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO  
 Endereço RU DO SALGADO, 00148 - 00148 CS A, IPARANA,  
 61628-340, CAUCAIA

Classificação Residencial Pleno  
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL  
 Ligação Monofásico

Emissão 13/09/2019  
 Medidor 5898509-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

FFH0245EF16F393D4B12114F3F4F634

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 28 dias  
 Anterior 16/08/2019 Anual 13/09/2019 Próxima prevista 14/10/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	2.889	1.961	1.00	48	00	48	0,55396	26,59

DADOS DO FATURAMENTO

ADICIONAL BAND. VERMELHA  
 CREDITO DE PEQUENOS VALORES  
 CONSUMO  
 IV - RELIGACÃO NORMAL  
 JUROS MORATÓRIOS

TARIFA	VALOR (R\$)
0,04167	2,00
-	-43,70
0,55396	26,59
-	7,98
-	7,13

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	28,59	0,81	0,22
COFINS	28,59	3,69	1,04

VENCIMENTO 10/10/2019 TOTAL A PAGAR 0,00

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 057.396.783-07

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Contém suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Compensação Ecológica (kg CO<sub>2</sub>)

18,73 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/08 Valor R\$63,73). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000008027288.

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 17/08 - 13/09

Nº do Cliente: 8027288  
 Data de Emissão: 13/09/2019  
 Nº da Nota Fiscal: 012703599

Referência: 09/2019  
 Total a Pagar (R\$): 0,00  
 Nº de Controle: 300007022655

V: [1.0.0.5]  
 000 - 0000001000  
 - 3 - 00000173  
 - 00 - 62714659

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao minimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura.



Rota CA709U10 - 128200 012/03599

Nome MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO Referência 09/2019

Endereço RU DO SALGADO, 00148 - 00148 CS A, IPARANA, 61628-340, CAUCAIA

Classificação Residencial Pleno  
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL  
Ligação MonofásicoEmissão 13/09/2019  
Medidor 5898509-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

FHA0245EF16F393D4B12114F3F4F634

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 28 dias

Anterior 16/08/2019 Anual 13/09/2019 Próxima prevista 14/10/2019



## DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	2.889	1.961	1,00	48	00	48	0,55396	26,59

## DADOS DO FATURAMENTO

ADICIONAL BAND. VERMELHA  
CREDITO DE PEQUENOS VALORES  
CONSUMO  
IV - RELIGACÃO NORMAL  
JUROS MORATÓRIOS

TARIFA	VALOR (R\$)
0,04167	2,00
-	-43,70
0,55396	26,59
-	7,98
-	7,13

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	28,59	0,81	0,22
COFINS	28,59	3,69	1,04

VENCIMENTO	10/10/2019	PAGAR	0,00
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	057.396.783-07
EMISSIONES DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh) Contém suas emissões pelo consumo de energia elétrica			
Emissão kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Conciliação Ecológica (kg CO <sub>2</sub> )	100
18,73	0,00		

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/08 Valor R\$63,73). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000008027288.

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 17/08 - 13/09

Nº do Cliente: 8027288  
Data de Emissão: 13/09/2019  
Nº da Nota Fiscal: 012703599

Referência: 09/2019  
Total a Pagar (R\$): 0,00  
Nº de Controle: 300007022655

V: [1.0.0.5]  
000 - 0000001000  
- 3 - 00000173  
- 00 - 62714659

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura.



Prefeitura de  
**CAUCAIA**  
Secretaria de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO  
GADELHA DA ROCHA

1. Preencher esta ficha em 3 (três) vias;
2. Ao Terminar a consulta o tratamento, entregar (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem. (\*)

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Fones: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: MARIA ANTONIO MORAES SOARES FILHA RG: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: JANIA MARIA LOPES SOARES Responsável: \_\_\_\_\_

Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: 29/02/96 Ocupação: BOMBEIRO

Endereço: RUA DO SILENCIO Nº 143

Bairro: IPARANÁ Fones: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: PACIENTE COM FRATURAS DA

Resultado de Exame(s): CLATUMS DIREITA, NECESSITA TRATAMENTO CIRURGIA = ACIDANTE

Conduta Realizada: DE TRÂNSITO

Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Profissional Solicitante: Dr. Julio A. C. Parente  
CRM 3360 - CPF: 740.169.938-34  
Traumatologia - Ortopedia  
Clínica Médica

Assinatura do(a) Auditor(a): \_\_\_\_\_ Carimbo Auditor(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exame(s): \_\_\_\_\_


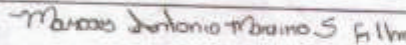

Diagnóstico: Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Conduta para Seguimento: \_\_\_\_\_



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE 2006010159940 SSP CE
	CNPJ 057.396.783-07 DATA NASCIMENTO 29/02/1996
	FILIAÇÃO MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES VANIA MARIA LOPES SOARES
PERMISSÃO <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CATAME <input type="checkbox"/>	
1º REGISTRO 06315931268	VALIDADE 11/08/2019
1ª HABILITAÇÃO 06/03/2015	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV. REMUNERADA:	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 28/03/2016
 07017787850 CE152690875	
DETRAN-CE (CEDRA)	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1277044479

PROIBIDO FALSIFICAR  
1277044479

**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: 3200021355

Nome do(a) Examinado(a): MARCOS ANTONIO MELO

Endereço do(a) Examinado(a): R SDO 08 Jp Aguassu Mirim, 16, , 62.144-000, Distrito, Ipaporanga/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2000031000640

Data e local do acidente: 24/07/2019 - Sobral/CE

Data e local do exame: 03/02/2020 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura bimalleolar à esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura bimalleolar à esquerda. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do tornozelo intenso, devido à redução da mobilidade e força.

**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"

( ) "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 às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Intenso - 75%

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

  
Dr. Grete Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico

BRASIL

**Reclamada:**  
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO  
DPVAT S.A.

**Data:**  
27/11/2019 15:12:33

#### *Dados do reclamante*

**Segurado:**  
MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

**UF:**  
CEARÁ

**CPF/CNPJ:**  
057.396.783-07

#### *Formas de contato*

**E-mail:**  
denuncieaki123@gmail.com

**Telefone:**  
(85) 98870-1298

**Endereço:**  
RUA BARÃO DO RIO BRANCO 1779

**Bairro:**  
CENTRO

**CEP:**  
60.025-060

**Cidade:**  
FORTALEZA



#### *Dados da denúncia*

**Assunto:**  
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

#### **Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3190/634419, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma veio negar o processo sem ao mesmo avaliar ,negaram por base em documentação médica, sendo que dependendo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º , preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, estando até hoje com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja agendado de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial.

**O SAC da empresa foi acionado?**  
Sim

#### *Documentos*

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a),  Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.  Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do		27/11/2019 15:12:33



reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atendimento

Barra GovBr



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420271/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

**CPF:** 057.396.783-07

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 27/09/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
MOREIRA SOARES FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO  
CPF: 057.396.783-07

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466513/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

**CPF:** 057.396.783-07

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 27/09/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
MOREIRA SOARES FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO  
CPF: 057.396.783-07

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190717646 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula à direita e fratura de arcos costais superiores e posteriores à direita

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes.. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 90°, extensão aos 15°, abdução aos 60°, adução aos 15°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, fratura da clavícula à direita e fratura de arcos costais superiores e posteriores à direita. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese com placa e parafusos para fratura da clavícula à direita, além de sessões de fisioterapia. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro direito.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do ombro direito, em grau intenso, em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466513/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

**CPF:** 057.396.783-07

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 27/09/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
MOREIRA SOARES FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO  
CPF: 057.396.783-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

ANDERSON DE SOUZA LEITE



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396964/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

**CPF:** 057.396.783-07

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 27/09/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
MOREIRA SOARES FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO  
CPF: 057.396.783-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

ALANA DA SILVA DE MATOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420271/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FIL

**CPF:** 057.396.783-07

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 27/09/2019

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
MOREIRA SOARES FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO : 057.396.783-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO  
CPF: 057.396.783-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

MARCOS ANTONIO MOREIRA SOARES FILHO

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA