



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRA.20.00169150-3** em **04/09/2020 14:50:05**.
- 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** : Crateús  
**Processo** : 0050579-93.2020.8.06.0070  
**Protocolo** : WCRA.20.00169150-3  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 04/09/2020 14:50:05

### 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\*** : 2746315\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2746315\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2746315\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 10-14.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](#)

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRATEUS/CE

Processo: 00505799320208060070

**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 **MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES**, 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 **29/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **05/02/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **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, CPC<sup>3</sup>.

---

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

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

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **29/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e 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.

---

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

<sup>7</sup> art.

1º

(...)

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

Requer, outrossim, a produção de 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,

CRATEUS, 4 de setembro de 2020.

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**

### QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a 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 **MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CRATEUS**, nos autos do Processo nº 00505799320208060070.

Rio de Janeiro, 4 de setembro 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, 10 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200065290**

**Vítima: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 29/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES**

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065290

Vítima: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 00000035226-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 089.523.513.71 4 - Nome completo da vítima: Maria Gabriela Aquino Rodrigues

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

5 - Nome completo: Maria Gabriela Aquino Rodrigues 6 - CPF: 089.523.513.71  
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: R. Cel. Tobias 9 - Número: 434 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.700-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 88.996585225

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE 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 (corrente para os bancos abaixo. Assinale com opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (103)

☒ CONTA CORRENTE (bancos abaixo)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0997 0 CONTA: 035226 8

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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa preta consciência ou futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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(vivente)? ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não invalidará por sua parte a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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

40 - Local e Data: Crato - CE 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria Gabriela A. Rodrigues

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 400 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2020 11:55:50**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2019 17:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV VERA MOURAO, CAJAS - CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES**  
Nascimento: **03/11/1999** CPF: **089.523.513-71**  
RG: **20172681388** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES**  
Endereço: **RUA CEL TOBIAS, 434**  
Bairro: **SÃO JOSE**  
Município: **CRATEUS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99498-3310**

**Noticiante(s)**

Nome: **ANTONIA AVELANIA DA SILVA MARTINS**  
Nascimento: **04/08/1986** CPF: **039.365.403-65**  
RG: **2006015071707** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA ZULENE DA SILVA**  
**FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DE ARAUJO**  
Endereço: **RUA CORONEL TOBIAS, 442**  
Bairro: **SÃO JOSE** CEP:  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99331-7597**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **EGY6780** Uf: **CE** Município: **SAO BENEDITO** Chassi:  
**9C2NC4310AR018685** Renavam: **166225860** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R** Ano Fabricação:  
**2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**  
Proprietário: **ROSELENE DE MORAES MEDEIROS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Informa a declarante que pilotava a motocicleta de placa: EGY6780, HONDA/CB 300R na Avenida Vera Mourão, Cidade 2.000, a uma velocidade média de 60km/h, levando como passageira a pessoa de nome MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES, e ao fazer uma conversão a esquerda perdeu o controle da motocicleta supra e caíram ao solo; QUE foram socorridas pelo esposo da passageira de nome REGINALDO, que compareceu em um automóvel e levou a vítima até o HOSPITAL SÃO LUCAS; QUE a vítima MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES apresenta guia de atendimento HOSPITALAR de nº 081354, relatando: "PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR NO OMBRO E. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA"; QUE foi necessário a vítima retornar ao hospital por no

Antonia

Maria Gabriela

Antonia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 400 / 2020

dia da entrada não foi atendida pelo médico, tendo retornado ao HOSPITAL no dia 01/10/2019; QUE apresenta como testemunha não ocular do acidente supracitado a pessoa de nome: ANTONIA PEREIRA DE SOUZA GOMES, vizinha da vítima, CPF: 003.819.363-92 E RG: 2008637411-1 relatando não ser testemunha ocular, mas ter auxiliado a vítima após receber atendimento hospitalar.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonia Perelara da Silva Martins

VISTO DO DELEGADO(A) :

MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069

✓ Maria Gabriela Azevedo Rodrigues

Antonia pereira de Souza gomes

# 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 ASE:

3 - CPF da vítima:

089.52351371

4 - Nome completo da vítima:

Maria Gabriela Augusto Rodrigues

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

5 - Nome completo:

Maria Gabriela Augusto Rodrigues

089.52351371

7 - Profissão:

estudante

8 - Endereço:

R. Cel. Tobias

9 - Número:

434

10 - Complemento:

Cará

11 - Bairro:

São José

12 - Cidade:

Crato

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63700000

15 - E-mail:

88.996585225

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 com presente 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 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE 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 (diferente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (105)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar e digitar se existir)

(informar e digitar se existir)

(informar e digitar se existir)

(informar e digitar se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestação 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 estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

Solicito o pressuposto da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às suas expensas, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prorrogação com a futura análise médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau do 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(s) vivo(s)?

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

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Crato - CE 06/02/2020

Maria Gabriela A. Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRABESCO

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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035226-8

---

Nr. Autenticação

BRABESCO170220200500000000002370099700000003522684375    PAGO



Nº de Inscrição:

007595100

## DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES  
 End. Látex: RUA CEL TOBIAS, 431, SPO JOSE  
 Cidade: CRATEIUS  
 End. Entrega:  
 Cidade:

CPF: 03700 000

CPF:

Local: 029 Setor: 000 Quilômetro: 0017 Lote: 0030 Canteiro: 0000  
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

## Ocupações

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE VIGIÇÃO

| Serviço | Medição   | Linha Remota | Linha Fixa | Volume | Medida semestral (m³) |
|---------|-----------|--------------|------------|--------|-----------------------|
| ÁGUA    | 000000001 | 500          | 505        | 5      | 3                     |

## OUTROS

Linha Fixa: 00.11.2019 Arquivo: 00.11.2019 Linha Água: 0535951  
 Linha Anterior: 07.10.2019 Última Lâmina: 07.10.2019 Linha Água:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Bactérias Col |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|---------------|
| Requisitos      | 050   | 050      | 010 | 050               | 050           |
| Realizadas      | 050   | 050      | 010 | 050               | 050           |
| Em conformidade | 050   | 050      | 010 | 050               | 050           |

## MENSAGENS E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.  
 RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
 15 LITROS DE 2  
 Juros de 0,030 HO DIA

Valor (R\$)

## HISTÓRICO DE VOLUME

| Mês/Ano | Água (m³) | Segundo (m³) |
|---------|-----------|--------------|
| 10/20   | 10.00     | 2            |
| 11/20   | 10.00     | 1            |
| 12/20   | 10.00     | 1            |
| 01/21   | 10.00     | 1            |
| 02/21   | 10.00     | 1            |
| 03/21   | 10.00     | 1            |
| 04/21   | 10.00     | 1            |
| 05/21   | 10.00     | 1            |
| 06/21   | 10.00     | 1            |
| 07/21   | 10.00     | 1            |
| 08/21   | 10.00     | 1            |
| 09/21   | 10.00     | 1            |
| 10/21   | 10.00     | 1            |
| 11/21   | 10.00     | 1            |
| 12/21   | 10.00     | 1            |

## TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS       | 0.74        |
| COTINS    | 3.72        |

## SUBSIDIO

| Descrição           | Valor (R\$) |
|---------------------|-------------|
| VALOR DO SERVIÇO    | 70.60       |
| VALOR DO SUBSIDIO   | 0.80        |
| VALOR TOTAL A PAGAR | 71.40       |

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

11/2019

03/12/2019

71.40

## ORDEN PAGAR SUA FATURA

L: 050-1130000000-9 L: 0461 H: 09:34:00 R: 026 P: 001

Banco: Bradesco S.A., Itaú S.A., Banco do Brasil S.A.,  
 Caixa Econômica Federal, Santander, Tróia, Outros Pagadores  
 A Cagece disponibiliza o serviço de depósito em conta de  
 sua fatura. Atue já este serviço. Consulte sua agência.

Cagece  
 0800 275 0195

Cagece  
 0800 275 0195

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
 conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Agência de Regulação, Fiscalização e  
 Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919. Ceará:  
 Incabed: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do  
 Ceará 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.  
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de  
 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou no e-mail: atendimento@cagece.com.br,  
 de 8h às 12h e 13h às 17h.



**CARTÓRIO MARTINS**  
**Blanca Soares Silva**  
**Escritor Autorizada**  
**Cratêus - Ceará**

Certifico que a presente  
 cópia confere com o  
 original respectivo. Dou

16  
 Cratêus 14 JAN. 2020

7ª Vara Pública



**CARTÓRIO MARTINS**  
 Maria Goretti Albuquerque Nascimento  
 Tabelião  
 Bdt. Edmar Albuquerque Nascimento  
 Maria Eliana Martins Rodrigues  
 Substituta  
 Cratêus - Ceará



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

|                             |                                  |                                  |                 |                     |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------|---------------------|
| Prontuário                  | Atend.                           | Nome do Paciente                 | CNS             | Guia de Autorização |
| 081354                      | 0003                             | MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES | 700604920281969 |                     |
| Documento(s)                |                                  |                                  | Estado Civil    | Sexo                |
| CPF: 089.523.513-71         |                                  |                                  | Solteiro(a)     | Feminino            |
| Data de Nascimento          | Local                            | Idade                            |                 |                     |
| 03/11/1999                  | CRATEUS/CE                       | 19 Ano(s)                        |                 |                     |
| Pai                         | Mãe                              |                                  |                 |                     |
| NC                          | MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES |                                  |                 |                     |
| Endereço                    | Bairro                           | CEP                              | Município       | UF                  |
| RUA CORONEL TOBIAS, 434     | SAO JOSE                         | 63704-555                        | CRATEUS         | CE                  |
| Profissão                   | Empresa                          | Cônjuge                          | Telefone        |                     |
| DO LAR                      |                                  |                                  | 88994983310     |                     |
| Responsável                 | CPF do Responsável               | Endereço                         | Município       | UF                  |
| MARIA DO CARMO AZEVEDO RODR |                                  | RUA CORONEL TOBIAS, 434          | CRATEUS         | CE                  |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                             |                              |                        |           |     |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------|-----------|-----|
| Data Atendimento            | Hora                         | Convênio               | Matrícula | CID |
| 29/09/2019                  | 17:06                        | SUS                    |           |     |
| Profissional do Atendimento | CRM/UF                       | Tipo Atendimento       |           |     |
| BRENNO LOPES LIMA LAGES     | 73375/MG                     | CONSULTA COM MEDICACAO |           |     |
| Indicador de Acidente       | Funcionário                  |                        |           |     |
|                             | ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES |                        |           |     |
| Observação                  |                              |                        |           |     |
| Sala                        | Data/Hora Liberação          | Tipo de Saída          |           |     |
|                             | 29/09/2019 18:36             | Alta clínica           |           |     |

Sinais Vitais

|                  |                           |                               |                     |                      |           |             |                  |                  |
|------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------|----------------------|-----------|-------------|------------------|------------------|
| Temperatura (oC) | Frequência Cardíaca (bpm) | Frequência Respiratória (rpm) | PA Sistólica (mmHg) | PA Diastólica (mmHg) | Peso (kg) | Altura (cm) | Oximetria (mmHg) | Glicemia (mg/dL) |
| 36,00            | 114                       | 18                            | 100                 | 64                   | 120,000   |             | 98               |                  |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 29/09/2019 17:02

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR NO OMBRO E. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

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

29/09/2019 18:36:37h Responsável: BRENNO LOPES LIMA LAGES CRM-MG 73375

NÃO ATENDEU AO CHAMADO

BRENNO LOPES LIMA LAGES - CRM: 73375

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA DO CARMO AZEVEDO

**Sala de atendimento - RECEPCÃO DE PRONTO ATENDIMENTO**

### DADOS DO PACIENTE

|                                            |  |                                         |                                                      |                      |                             |                     |                         |
|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------|
| Fronteiriço<br>081354                      |  | Atendimento<br>0005                     | Nome do Paciente<br>MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES |                      | CNS                         | Guia de Autorização |                         |
| Documento(s)<br>Ignorado                   |  |                                         |                                                      |                      | Estado Civil<br>Solteiro(a) | Sexo<br>Feminino    |                         |
| Data de Nascimento<br>03/11/1999           |  | Local<br>CRATEUS/CE                     |                                                      |                      |                             | Idade<br>19 Ano(s)  |                         |
| Mãe<br>NC                                  |  | Mãe<br>MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES |                                                      |                      |                             |                     |                         |
| Endereço<br>RUA CORONEL TOBIAS, 434        |  | Bairro<br>SAO JOSE                      | CEP<br>63704-555                                     | Município<br>CRATEUS |                             | UF<br>CE            | Telefone<br>88994983310 |
| Profissão                                  |  | Empresa                                 | Cônjuge                                              |                      |                             |                     |                         |
| Responsável<br>MARIA DO CARMO AZEVEDO RODR |  | CPF do Responsável                      | Endereço<br>RUA CORONEL TOBIAS, 434                  |                      | Município<br>CRATEUS        | UF<br>CE            |                         |

### DADOS DO ATENDIMENTO

|                             |             |          |                                |                           |                  |
|-----------------------------|-------------|----------|--------------------------------|---------------------------|------------------|
| Atendimento                 | Hora        | Convênio | Metrícula                      |                           | CID              |
| 01/10/2019                  | 10:03       | SUS      |                                |                           |                  |
| Profissional do Atendimento |             |          | CRM/UF                         | Tipo Atendimento          |                  |
| JAMIL SANCHES JORQUEIRA     |             |          | 6945/CE                        | CONSULTA COM PROCEDIMENTO |                  |
| Indicador de Acidente       |             |          | Funcionário                    |                           |                  |
|                             |             |          | MICHAEL DOUGLAS DA SILVA MOURA |                           |                  |
| Observação                  |             |          |                                |                           |                  |
|                             |             |          |                                |                           |                  |
| Data/Hora Liberação         |             |          | Tipo de Saída                  |                           |                  |
| 01/10/2019 11:00            |             |          | Alta voluntária                |                           |                  |
| Sinais Vitais               |             |          |                                |                           |                  |
| Peso (kg)                   | Altura (cm) | T (°C)   | P (bpm)                        | R (mpm)                   | PA (mmHg)        |
|                             |             |          |                                |                           |                  |
|                             |             |          |                                | Oximetria (%)             | Glicemia (mg/dL) |
|                             |             |          |                                |                           |                  |

**Índice**

1/10/2019 11:00:36h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

RATURA DE CLAVICULA ESQ

ETORNO

X REALIZADO DOMINGO HA 48H

Dr. Junior Fernandes  
MÉDICO CRM: 6029  
PSF LSA / HMFML  
Aracaju

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

+ Maria Gabriela  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA DO CARMO AZEVEDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FOMENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO FOMENSE E PERFILAGEM BIOMÉTRICA

**Polígrafo**

**Carteira de Identidade**

*Maria Gabriela Azevedo Rodrigues*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SOCIAL: 2017268138 - 8

DATA DE EMISSÃO: 12/12/2017

NOME: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

RELACÃO: MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES

NACIONALIDADE: CRATEUS - CE

DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1999

SERIE: 00000000

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 25976 FOLHA: 095

LIVRO: A-26 CRATEUS - CE

CPF: 889.523.513-71

1 VIA

Assinado O. Silva

P. 36

LEI Nº 7.116 DE 1996



**CARTÓRIO MARTINS**  
Mário Gótti Albuquerque Nascimento  
Tabelião  
Rua - Edgar Albuquerque Nascimento  
Rua - Efigênia Martins Rodrigues  
Substância  
Crato - Ceará

Certifico que a presente  
cópia confere com o  
original respectivo. Dou  
fé.  
Crato, 14 JAN 2020

**CARTÓRIO MARTINS**  
Bianca Soares Silva  
Secretaria Autorizada  
Crato - Ceará

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
Número  
089.523.513-71

Nome  
MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Nascimento  
03/11/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
81FA.2300.ACD4.9048

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 14:21:36 do dia 23/05/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



**CARTÓRIO MARTINS**  
Mário Gótti Albuquerque Nascimento  
Tabelião  
Rua - Edgar Albuquerque Nascimento  
Rua - Efigênia Martins Rodrigues  
Substância  
Crato - Ceará

Certifico que a presente  
cópia confere com o  
original respectivo. Dou  
fé.  
Crato, 14 JAN 2020

**CARTÓRIO MARTINS**  
Bianca Soares Silva  
Secretaria Autorizada  
Crato - Ceará

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011960662133  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 146225860 0000000000 2015

ROSELENE DE LORAN MEDEIROS

SÃO BENEDITO/CE

36697346853

00Y6780

PLACA AN/UE

9C2NC4310AR018685

ESPECIE DO

PAS/MOTOCICLO/NAO AP/IC

GASOLINA

HONDA/CB 300R

2003

201

2P/CCV/291CC

CATEGORIA

PARTEC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTAS

1\*\*\*\*\*

2\*\*\*\*\*

3\*\*\*\*\*

2\*\*\*\*\*

3\*\*\*\*\*

3\*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

CE Nº 011960662133 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VOUCHER  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

2015 17/08/2015  
01 36697346853 00Y6780

HONDA/CB 300R  
2003 05 9C2NC4310AR018685

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) COT (R\$) TOTAL SERVIÇO SEGURO (R\$)

PRÊMIO (R\$) PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000



CARTÓRIO MARTINS  
Bianca Soares Silva  
Escritório Autenticação  
Gratuito - Ceará

CARTÓRIO MARTINS  
Bianca Soares Silva  
Escritório Autenticação  
Gratuito - Ceará

Certifico que a presente  
cópia confere com o  
original respectivo. Dou  
fe.  
Crateús, 14 JAN 2020

Bianca Soares Silva  
Escritório Autenticação  
Gratuito - Ceará

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200065290 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 2\_FICHA DE ATENDIMENTO.

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 leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053182/20

**Vítima:** MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

**CPF:** 089.523.513-71

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 29/09/2019

**Titular do CPF:** MARIA GABRIELA  
AZEVEDO RODRIGUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES : 089.523.513-71**

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: 07/02/2020  
Nome: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES  
CPF: 089.523.513-71

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA