



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 **WEB1.20.01440232-7** em **11/09/2020 14:47:28**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0247908-29.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01440232-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 11/09/2020 14:47:28

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* : 2749798_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2749798_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf

Downloads

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 931 - 35251 / 2020

DADOS DA OCORRÊNCIA

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **9/9/2020 08:47:52** Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2020 17:39:09**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA OSÓRIO DE PAIVA, 4890**
Complemento:
Bairro: **CANINDEZINHO** Município: **FORTALEZA/CEARA**

DADOS DA VÍTIMA

Nome: **JOSE EVERLANDO MOURA MATOS** Nascimento: **08/09/1964**
E-mail: **matosjeverlandomatos@gmail.com** CPF: **039.855.129-82**
RG: **3962992972637** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **VALDEIRIA MOURA MATOS**
ANTONIO GOMES MATOS CEP: **61.732-795**
Endereço: **RUA PARAISO VERDE, 607**
Complemento:
Bairro: **CANINDEZINHO** Município: **FORTALEZA/CE** País: **BRASIL**

DADOS DO VEÍCULO

1) Placa: **NQ09089** UF: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **SCBKG046086035654** Renavam: **282462953** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FAZER YS250** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **REGINALDO CHAGAS MARTINS**

HISTÓRICO

VINHA NA RUA CITADA, EM DIREÇÃO A MINHA CASA, QUANDO UMA SENHORA ATRAVESSOU A RUA SEM OLHAR, PARA NÃO BATER NELA EU TENTEI DESVIAR, MAS ACABEI COLIDINDO NA TRASEIRA DE UMA CARRO QUE ESTAVA NA FRENTE, VINDO A CAIR.

CÓDIGO DE CONTROLE: **887ADA358998AC6E8B0F006AA15DF02**

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 1º DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Everlando Moura Matos

OBSERVAÇÕES

1. Valida ser Boletim de Ocorrência acessando www.delegaciaeletronica.ce.gov.br.
2. B.O. válido somente com a assinatura do responsável pela informação.
3. O teor do histórico é de responsabilidade do noticiante.
4. Este documento tem fé pública, sendo dispensada a assinatura da autoridade policial (Decreto nº 27.378/2004).
5. Falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no artigo 240 do Código Penal Brasileiro.
6. Nos casos de violência doméstica com solicitação de medida(s) protetiva(s), a mulher deverá procurar a delegacia especializada para providências.

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07412

CONTA: 000000029813-0

Autenticação:

92FCC8C7E1E11B3DBAC4D3A0CD4C4FBB2A2594EF932CC4A1FC549B5C40224072

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07412

CONTA: 000000029813-0

Autenticação:

3E053E7C564BD124EA0A0DA199503CB6B922144D1EDF2A2D4A4535BEB3211E93

2778484

A Tuva Social de Energia Elétrica
Inscrito pelo CNPJ nº 08.908.048-3
de 26 de abril de 2020

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Manoel da Costa, 662
CEP 60020-000 Fortaleza CE
CNPJ 0754125-0/0001-70 | CEF 08.908.048-3

Para adquirir seu atendimento, acesse o site
www.enel.com.br ou entre em contato conosco

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO 5) SÉRIE ÚNICA | Nº 048653341

Rua FOLIBU16 - 452000 Referência 01/2020

Nome VALDEDIRA HORA MATOS

Endereço RU PARAISO VERDE, 00607, CANINDEZINHO, 00732-790,
FORTALEZA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária BI RESIDENCIAL

Ligação Manufasico

ÁREA RESERVADA AO FISCAL

0750210425643341271750483

Emissão 27/01/2020

Medidor 2852054-FAE-297

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

DADOS DE LEITURA P: 21 dias

Anterior	Atual	Proxima prevista
77/12/2019	27/01/2020	26/02/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	38,28	36,82	1,46	1,46	68	16,975	24,78

DADOS DO SATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF HUMIC	11,53
ICMS COMPL BX RENDA	18,76
PTS COMPL BX RENDA	0,25
COFINS COMPL BX RENDA	0,71
DESCONTO BAIXA RENDA	-39,85
CONSUMO SEM SLEVENAO	39,85
JUROS MORATORIOS	2,74
CONSUMO DE 0000 KWH ATE 050 KWH	7,47
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	29,93
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	44,27
ADICIONAL BANDO AMARELA	2,16
COB SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1 - 0000 6000560	5,19
COB DOACAO LUCAS DANITAS 88 999218 6005	2,50
COB ASSIST RESIDENCIALBASTICA 0800 6000560	14,90

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	123,68	27,00	33,39
PTS	123,68	0,41	0,50
COFINS	123,68	3,78	4,68

13/02/2020 132,31

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 744.328.933-20

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg CO₂ Compensação kg CO₂ Compensação Ecológica (PCC)

65,97 0,00

Ministério da Saúde
Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

Grat.HOEBÓ-SAME-AH-1

09/03/2020
[Assinatura]

Digitalizado com CamScanner

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DENTRAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

Nome do Paciente: JOSE EVERALDO NOGUEIRA MATOS

Idade: 57 anos

Sexo: M

Endereço: Rua Fátima Vitorino, 100 - Bairro: Fátima - CEP: 81120-000 - Curitiba - PR

Classificação de Risco: 1

Agente de Risco: 1

Procedimento: 1

Assinatura: [Assinatura]

09/03/2020

Digitalizado com CamScanner

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133842/20

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CPF: 039.655.123-82

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/02/2020

Titular do CPF: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS : 039.655.123-82

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 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: 08/05/2020
Nome: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS
CPF: 039.655.123-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

Dados da Reclamação**Protocolo:**

2447332/2020

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

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

09/06/2020 14:19:32

Dados do reclamante**Segurado:**

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

039.655.123-82

Formas de contato**E-mail:**

d.Lopessilva86@Gmail.Com

Telefone:

(85) 99229-6381

Endereço:

Rua John Lennon, 550, Messejana

Bairro:

Messejana

CEP:

60.841-670

Cidade:

Fortaleza

Dados da denúncia**Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

VENHO ATRAVES DESSA SOLICITAR QUE SEJA AGENDADA UMA PERICIA MEDICA, POIS SOFRI UM ACIDENTE DE TRANSITO NO QUAL FRATUREI O PUNHO E O PE, PASSEI POR CIRURGIA, ONDE ME ENCONTRO HOJE COM SEQUELAS PERMANENTES, MESMO SENDO ENVIADO PARA A SEGURADORA LIDER TODOS OS DOCUMENTOS EXIGIDOS PELA MESMA, PRONTUARIO DE ATENDIMENTO, LAUDO DE ALTA, REALTORIO CIRURGICO, BO, RAO X. AINDA ASSIM A SEGURADORA LIDER NEGOU MEU DIREITO DE FAZER UM EXAME PRESENCIAL QUE COMPROVEM MINHAS LESOES, SEM NENHUMA JUSTIFICATIVA. M ENEGANDO ASSIM O DIREITO DE RECEBER CORRETAMENTE MINHA INDENIZAÇÃO.SOLICITO QUE SEJAM TOMADAS AS DEVIDAS PROVIDENCIAS POR MEIO DESTE ORGAO.

Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
------	--------	----------

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 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		09/06/2020 14:19:33

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU
ATENDIMENTO

E-mail enviado para d.Lopessilva86@Gmail.Com

09/06/2020 14:19:33

Texto:

Prezado(a) senhor(a),

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser consultados no link abaixo, visando à abertura de processo administrativo, para apuração de irregularidades.

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo>

Esclarecemos, por oportuno, que, no âmbito de competência desta Autarquia, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores que V.Sa. considere devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro.

Endereços da SUSEP:

Rio de Janeiro - Sede
Av. Presidente Vargas, 730 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20071-900

São Paulo
Rua Formosa, 367 - 26º andar - Edifício CBI
São Paulo - SP - CEP: 01049-000

Distrito Federal
Setor Bancário Sul, Quadra 1 - BLK - 13º andar - Ed.
Seguradora
Brasília - DF - CEP: 70093-900

Rio Grande do Sul
Rua Coronel Genuíno, 421 - 11º andar
Centro Histórico - Porto Alegre - RS - CEP 90010-350

AO ENTRAR EM CONTATO COM A SUSEP INFORME O
NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU
ATENDIMENTO

| | | | | Imprimir |

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200171504 Data da solicitação: 09/06/2020
Nome do beneficiário: João Everaldo Moura Mats CPF do beneficiário: 03965512382
Nome do solicitante: João Everaldo Moura Mats CPF do solicitante: 03965512382

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98866.8607 Tel. Comercial: (85) 98422.3357 Tel. Residencial: (000)
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: Susp. (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho através desta solicitar uma pericia medica, pois sofri um acidente de trânsito, no qual fiquei com sequelas irreparáveis.

Fataliza, 09 de junho de 2020.

Local e Data

João Everaldo Moura Mats
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133842/20

Número do Sinistro: 3200171504

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CPF: 039.655.123-82

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/02/2020

Titular do CPF: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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 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: 10/06/2020
Nome: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS
CPF: 039.655.123-82

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171504 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS **Data do acidente:** 08/02/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO E DESVIO RADIAL DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSA DO(A) PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171504 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS **Data do acidente:** 08/02/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO E DESVIO RADIAL DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSA DO(A) PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171504 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS **Data do acidente:** 08/02/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 punhos	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-0133842/20

Número do Sinistro: 3200171504

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CPF: 039.655.123-82

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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 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: 10/06/2020
Nome: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS
CPF: 039.655.123-82

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133842/20

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CPF: 039.655.123-82

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 08/02/2020

Titular do CPF: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS : 039.655.123-82

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 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: 08/05/2020
Nome: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS
CPF: 039.655.123-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171504

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

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, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171504

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

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 punhos

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: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000007412

Conta: 0000029813-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171504

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171504

Vítima: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE EVERLANDO MOURA MATOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007412

Conta: 0000029813-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200171504
Nome do(a) Examinado(a): JOSE EVERLANDO MOURA MATOS
Endereço do(a) Examinado(a): R PARAISO VERDE, 607, CANINDEZINHO, SIQUEIRA
CRUZEIRO DA FORTALEZA Ceará - CEP: 60732795
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / Ceará] 2002002072537
Data local do acidente: [08/02/2020]
Data local do exame: [19/06/2020] FORTALEZA - Ceará

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSSÍNTESE E POSTERIOR FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO E DESVIO RADIAL DO PUNHO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)
- | | |
|--|---|
| ☐ "Vítima em tratamento" | ☐ "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
Punho - Esquerdo
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Greive Freitas Cavalcante
CPF - 55890083368
CRM - Ceará - 9050

