



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 **WSOL.20.00168272-5** em **11/09/2020 09:11:26**.
- 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 : Solonópole
Processo : 0000334-12.2019.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00168272-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 11/09/2020 09:11:26

Partes

Solicitante : SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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* : 2749982_CONTESTACAO_02 - 1-9.pdf
Documentação : 2749982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf
Documentação : 2749982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 11-21.pdf
Documentação : 2749982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 22-30.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 ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLÉ/CE

Processo: 00003341220198060168

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 **ANNA LAURA DE FREITAS SILVA** representado por **PAULO HENRIQUE DA SILVA**, 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 **18/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/12/2018**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

⁴RECURSO 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.

⁵**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.”

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 citação⁶.

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 ação⁷

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 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.

Cabe esclarecer que se tratado de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei. Diante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar, sob pena de confissão.

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, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **FABIO**

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

⁷ art.

1º

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

(...)

POMPEU PEQUENO JUNIOR**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR,** inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLONOPOLE, 3 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; **JOSELAINÉ 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 **ANNA LAURA DE FREITAS SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONÓPOLE**, nos autos do Processo nº 00003341220198060168.

Rio de Janeiro, 3 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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



Impresso nº 2018313765

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 554 - 796 / 2018

DPVAT. NADA MAIS DISSE DANDO-SE POR ENCERRADO ESTE BO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Assinatura]
VAGNER DE MELO FURTADO - MAT.: 30124952

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Assinatura]
Paulo Henrique da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Assinatura]

POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313



26 FEV. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3390037840** CPF da vítima: **090743303-04** Nome completo da vítima: **Anna Laura de Freitas Silva**

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

Nome completo: **Paulo Henrique da Silva** CPF: **333108548-09**

Profissão: **vereador** Endereço: **Rua José Irineu** Número: **35** Complemento: **-**

Bairro: **Distrito São José** Cidade: **Salonopole** Estado: **CE** CEP: **63620-000**

E-mail: **diogenescazevedo@gmail.com** Tel (DDD): **85-99920077**

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **16171** **3**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: **Salonopole - CE, 24 de janeiro de 2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): **Paulo Henrique da Silva**

Assinatura do Procurador (se houver): **Paula da Silva Ferreira**

26 FEV. 2019

Assinatura

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



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D.P.I.
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SENADOR POMPEU-CE

C E R T I D A O

MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR, Escrivão de Polícia Civil, Matrícula 135490-1-x, em exercício na Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, no uso de suas atribuições legais, etc..

CERTIFICA, para os devidos fins e efeitos legais que nas cidades de Milhã, Deputado Irapuan Pinheiro e Solonópole não possuem Defesa Civil, Anjos do asfalto, corpo de bombeiros e Polícia Rodoviária Federal, onde somente na cidade de Solonópole existe o SAMU. Que em razão dos acidentes de trânsito acontecerem na maioria dos casos em área rural, não são comunicados a Polícia Militar e Civil, onde muitas vezes a vítima é socorrida por populares, quando não a própria pessoa vai sozinha para o hospital. Assim sendo, nos baseamos na declaração da vítima e testemunhas, bem, como na declaração médica que atesta o acidente. Vale ressaltar que nós na condição de funcionários Públicos não podemos negar em fazer os registros. O referido é verdade, dou fé.

Cartório da Delegacia Regional de Polícia Civil de Senador Pompeu-CE, aos três (03) dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze (2014)


MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNIOR
Escrivão de Polícia

Miguel Arcanjo Frota Júnior
Escrivão de Polícia
Matrícula 135490-1-x

26 FEV. 2019

6185571

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

Atividade: Serviço de Energia Elétrica
Inscrito pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeavino, 150
CEP 50035-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07347261/0001-10 | CGF 16.115.845-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 553575394

Rota 09 14056 02 155500 - 4 Data de Emissão 14/12/2018

Nome PAULO HENRIQUE DA SILVA

End. Postal RU JOSE IRINEU 00035 00035

DT SAO JOSE - SOLOMONOPOLÉ - 01620000

Medidor 1548989

Ponto 0090 A795

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO

RG/CPF/CNPJ 333108548-09

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 14/12/2018
Data de Apresentação 14/01/2019
Previsão Próxima Leitura 14/01/2019

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjuntos 100,00%
Mês 100,00%

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 79,70
Alíquota 20,00%
Valor do Imposto 15,94

Índice de Qualidade do Fornecedor

Mês 100,00%
Anual 100,00%
Mês 100,00%
Anual 100,00%
Mês 100,00%
Anual 100,00%

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

NÃO SE ENQUADRA NA LEI Nº 10.438/02

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 14/12/18
Leit. Anterior 13/11/18
Const. 1,00
Consumo (kWh) 2.114,6
Consumo Ind. (kWh) 115
Consumo Res. (kWh) 1999,6
Consumo Fec. (kWh) 0
Tarifa (R\$/kWh) 11,38
Valor (R\$) 23,97

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 79,70
MULTA MORATORIA REF 11/2018 1,38
JUROS DO MES 0,05
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,87

VENCIMENTO 21/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 79,70
TAXA DE ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,87
MULTA MORATORIA REF 11/2018 1,38
JUROS DO MES 0,05
TOTAL 91,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

11 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emissão kg (CO₂) 44,90
Compensado kg (CO₂) 0,00
Conscientização (kg CO₂) 44,90

26 FEV. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 553996440

Companhia Energetica do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60136-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06,105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 13.438 de
26 de abril de 2018

Esta é a segunda via de

DEZ/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

8484089

DV 7

VENCIMENTO

15/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

439,25

Rota 11 014050 11 0131900

Medidor

Poste

Nome PRISCILA DA SILVA FERREIRA

10059141

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RU JOSE CARLOS FREIRE MACHADO 00190 ALTO VISTOSO

Consumidora

SOLONOPOLÉ 63520000

RG / CPF / CNPJ

610.570.723-11

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL TRIFÁSICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP

5132

4568

1

564

0

564

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

17/12/2018

Próx. Próxima
Leitura

16/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D77F.EEAC.B448.2456.63A9.3EB9.F10F.0142

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

390,15

Alíquota

27%

Valor do Imposto

105,34

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO MENSAL DIC

-10,45

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

59,55

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

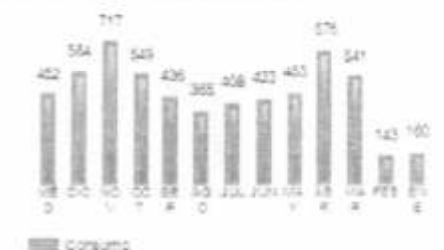
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 131,41

Conjunto: SOLONOPOLIS

Mes OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	9,18	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8484089-7

N° da Nota Fiscal: 553996440

Total a Pagar (R\$): 439,25

Data de Emissão:

19/12/2018

Referência: DEZ/2018

N° de Controle: 0008484089 00017 4319 2 17

83800000004-1 39250031000-0 00084840890-0 00174319254-9



26 FEV. 2019

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Priscila da Silva Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 630570723 / 11 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Laura de Freitas Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 090743303 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Ana Laura de Freitas Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 090743303 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Jose Carlos Freire</u>		Número	<u>190</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Alto Vitoro</u>	Cidade	<u>Solonopole</u>	Estado	CPF	
				<u>CE</u>	<u>63820-000</u>	
Email	<u>diogeneseazevedo@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>88-3518-1610</u>	<u>88-999200171</u>		

Solonopole-CE de 09 de março de 2019
Local e Data

Priscila da Silva Ferreira
Assinatura do Declarante

26 FEV. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Orlando de Amorim,
 RG nº 2379928-98, data de expedição 21/08/1992,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 001379353-58, com
 domicílio na cidade de Solonopole, no Estado de
Ceara, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio São Luiz, nº 512,
 complemento marretas, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Anna Laura de Freitas Silva, cujo o condutor era
Paulo Henrique da Silva.

Veículo: CHEVROLET/CLASSIC
 Modelo: 2010
 Ano: 2009
 Placa: UQR-2739
 Chassi: 9BGSA3910AB180524
 Data do Acidente: 18.11.2018
 Local e Data: Solonopole-CE 03.01.2019

Francisco Orlando de Amorim
 Assinatura do Declarante

Paulo Henrique da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
 CNPJ 05.674.155/0001-27
 Maria Iva Nogueira Pinheiro
 Reconhecido por autenticidade (X)
 semelhança () as assinaturas de
Francisco Orlando de Amorim
 Solonopole, de 01 de 2019
 Maria Iva Nogueira Pinheiro - Oficial
 Carlos Frederico Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
 Antônio Pedro Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
 Jairo Faria de Andrade - Esc. Substituto
 Antônio Sobrinho - Esc. Substituto
 Fone 68
 VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
 CNPJ 05.674.155/0001-27
 Maria Iva Nogueira Pinheiro
 Reconhecido por autenticidade (X)
 semelhança () as assinaturas de
Paulo Henrique da Silva
 Solonopole, de 01 de 2019
 Maria Iva Nogueira Pinheiro - Oficial
 Carlos Frederico Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
 Antônio Pedro Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
 Jairo Faria de Andrade - Esc. Substituto
 Antônio Sobrinho - Esc. Substituto
 Fone 68
 VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

26 FEV. 2019



Prefeitura Municipal de Solonópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital e Maternidade
M^a Suêlly Nogueira Pinheiro

Nome: Joaquim Pereira da Silva Idade: 45 anos

Residência: São José

Naturalidade: Quindici Estado Civil: Quindici

Queixa Principal: CHEMICA VITRINA DE ACIDENTE DE

CASPER JENSEN SAMON FOM 64th Anniversary 1994

Procedimento Realizado no 100m observado pelo aluno: 4.0

DATE: 12/1/78

Date: 19/11/18

Ass. do Paciente ou Responsável

Assessor/Manager



26 FEB. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barnaia Filho, 126
CEP: 53620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópolis - CE

50

Nº CAD/SUS	DATA: 18.11.18	Leito de Observação:
Médico Plantonista: Dr. Lima	Enfermeira Plantonista: Sécure	
Pressão Arterial:	Temperatura:	Pulso: CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ina Karina Freitas Silva Data de Nascimento: 20-DEZ-2018
Endereço: São José
Sexo: () MASC (X) FEM Idade: 04 Estado Civil: Casada
Profissão: Cientista Naturalidade: São Paulo

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal: *Pré e Pós-ictal com Fome - convulsões*
 História da doença atual: *NA EPILEPSIA, 01 e com convulsões (2) no sentido da cólica no abdômen. Fome.*
 Avaliar e Registrar. Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow. *Pré e Pós-ictal*

Olhos Abertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Esportaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	22/05/2020
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P / Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico: FETO ANTIDRUGA / ANESTESIA LOCAL - DOW.
FLO COMPLETA MENTE CONSCIENTE.
Dep. Adv.
Alívio do
Cabeça - Pênis Refor. - Unif. no
Causa Cabeça e um Menor 2.
26 FEB. 2019

impressão diagnóstica: FENOGAS OBTENHAM CONTINGENTE AO CONSUMO
CIGARETAS (21 + FENOGAS) D, de nível de consumo.
Consumo: Anticancerígenos / Anticancerígenos e Sulfato

Prescrição Médica	Anotações de Enfermagem
1) DEMA 200ml	At 11. As 20:30 A febre
2) Sinar de 20.5	deixa o paciente a favor
3) Sopp terapêutica	favor. Trabalho de unidade
4) CEFTRIAXONA 1,5g EV de 12h	Vestido Antimicrobiano para
5) Sulfato é 100mg SF 9,9,	resol. por TC em Aguardar
24/24h.	com o movimento coletivo.
6) DILIRONA 500mg/4 0,6mg +	20/25 As 06:50hs.
19.5mg AD, 20, 20, 20, 20, 20	T: 37.5°C - vestido
e TC = 38°C de 1h	
6 Presc: 0,3mg + 99, 7up 40	
20, 20, 20, 20, 20, 20, 20, 20	
7) Obtenção de 20, 20, 20, 20, 20, 20, 20, 20	
8) Prescrição TC de 20, 20, 20, 20, 20, 20, 20, 20	
SI (CONTINUA)	
26 FEB. 2019	
14/11/2018	
Ata Hospitalar	



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Ana Laura
de Freitas, 41 anos, brasileira, solteira,
ma de família de 02 filhos,
AUTOMOTORA, AUTOMOBILISTA, CRISTA -
PULTE, sendo CACADA DE NOSSA
DO CARRO CAUSANDO-LHE FER,
FERIDAS PERFURANTES DEVIDO A
NOSSA COLISÃO COM O CARRO
FERIDA PERFURANTE DEVIDO A
FALTA DE CINTURÃO, EM 18/03/2019
sendo AUTOMOBILISTA, ANA LAURA
E ANA LAURA, FERIDA DE
CARRO COM CINTURÃO VEICULAR
(FOLHA) 1/1

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)

26 FEV. 2019

que vem a ser a seguinte:
O L. 10.116/66, de 17/11/66, que
dispõe sobre a organização dos
serviços de saúde, em seu art. 1º,
inciso I, estabelece que a
saúde é dever do Estado, garantido
por políticas de saúde pública,
de assistência social, bem como de
segurança alimentar, e de desenvolvimento
econômico, social e cultural, visando
à promoção da saúde, à prevenção da
doença, à recuperação da saúde,
à habilitação física, psíquica e social,
e à reabilitação da pessoa com deficiência,
de modo a assegurar a integralidade
da atenção à saúde.

Portanto, a Lei 10.116/66



Dr. Cláudio Rogas Cavalcante Silva
Médico
CRM 4.117



Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice

Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE

Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

DATA: 18 / 11 / 2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE CRÂNIO-CEREBRAL

TÉCNICA:

- Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, sem o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

LAUDO:

- Parênquima encefálico com coeficientes de atenuação preservados.
- Ventriculos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras e cisternas anatômicos.
- Não há desvios das estruturas da linha média.
- Não identificamos coleções patológicas intracranianas.
- Calota craniana íntegra.
- Aumento das partes moles na região frontal direita com calcificações em permeio e alta convexidade parieto-occipital com densidades gasosas associados, provavelmente ao trauma.

CONCLUSÃO:

- Hematoma subgaleal na alta convexidade parieto-occipital e região frontal direita.
- Não identificamos outras alterações patológicas apreciáveis ao método.

Dr. Douglas Heming
Médico Radiologista
CRM 13015 RQE 8227

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CENTRO NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 PAULO EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ENDEREÇO Nº
 2002814015436 239 CE

CPF
 333.108.546-09 DATA NASCIMENTO
 17/11/1984

FUNÇÃO
 FRANCISCO ALMIR DA
 SILVA
 FRANCISCA MARCELOS DE
 LIMA DA SILVA

PERMISSÃO
 NÃO
 NÃO

Nº NÚMERO
 4000000000

VALIDADE
 10/00/2000

1ª EMISSÃO
 30/03/2005

VALIA DE VOTO
 1150912236

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

1150912236

PERMISSÃO PLACARDAGEM

1150912236

LOCAL
 IGUAÇU, CE

DATA
 25/05/2015

51681303588
 CE147593821

SEM OBSERVAÇÃO:

Paulo Eduardo da Silva

26 FEV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE Nº 013868717535
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 01 00171996445 00000000000 2017

FRANCISCO ORLANDO DE AMORIM
SOLONDOPULE /CE

00137935358 /CE 9BGS41910AB180324

PAS/AUTOMÓVEL/MPO APPLIC. GASOL/ALCO
CHEVROLET/CLASSIC 2009 2010

SP/7BEV/1000CE 1ª 2ª 3ª
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00,00 00,00 00,00

SOLONDOPULE 20/11/2017

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO OS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO REGISTRO CARTELA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OUTRO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013868717535 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1804

01 00137935358 2017 20/11/2017

PAS/AUTOMÓVEL/MPO APPLIC. GASOL/ALCO
CHEVROLET/CLASSIC 2009 2010

SP/7BEV/1000CE 1ª 2ª 3ª
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00,00 00,00 00,00

SOLONDOPULE 20/11/2017

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

013868717535
RECIBO CE Nº

00607
00171996445
158612 00546







26 FEB. 2019

CÓDIGO DE CONTROLE
3AEA.0292.02C3.0B73

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:10:03 do dia 03/09/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE 10 DÍGITOS

Nascimento
14/03/1974

Francisco Orlando de Almeida

Nome

Número
001.379.353-00

COMPROVANTE DE IMSC BR/00



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA

26 FEV. 2019



REQUERIMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

Eu, Anna Laura de Freitas Silva, Vítima do sinistro 3190037840, venho por meio desta solicitar a realização de uma perícia médica, já que na primeira análise não foi realizada a perícia para uma avaliação mais detalhada e realista da debilidade permanente que carrego, tendo em vista que a avaliação inicial somente por documentos médicos não constatou o grau da incapacidade que tenho corretamente, pois conforme documentos juntados no sinistro, como em anexo, carrego sequelas permanentes que são passíveis de indenização.

Ciente do pronto deferimento ao requisitório, por ser da mais clara Justiça, desde já agradeço.

Solonópole/CE, 28 de janeiro de 2019.



Anna Laura de Freitas Silva / Paulo Henrique da Silva

CPF: 008.429.563-52 / 333.108.548-09

26 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190037840 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA HEMIFACE DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(SUTURA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Vítima: Anna Laura de Freitas Silva, brasileiro(a), estado civil: solteira
Profissão: estudante, do CPF 090743303-0, neste ato representado pelo seu
genitor: Paulo Henrique da Silva, brasileiro(a), estado civil: união estável
Profissão: vendedor, do RG: 2002034019636, do CPF: 333108548-09, ambos
residentes no(a) Rua Jose Irineu, nº 35, bairro: Distrito
São José, município: Solonópole, CE, CEP: 63620-000.

OUTORGADO:

Priscila da Silva Ferreira, brasileira, solteira, estudante, inscrita no RG sob o nº:
2008459268-5, órgão expedidor SSPDS-CE e do CPF: 610.570.723-11,
residente no(a) Rua Carlos Freire Machado, 190, Alto Vistoso, Solonópole/CE,
CEP: 63.620-000.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado cima qualificado, a quem confio poderes
especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS
DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de
indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade
conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a
tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos
os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da
Vítima Anna Laura de Freitas Silva.

Local e data: Solonópole - Ce, 20.12.18



Paulo Henrique da Silva

Assinatura do outorgante/representante
(Reconhecer firma por autenticidade).

CANTORIO NOGUEIRA PINHEIRO
2º OFÍCIO
CNPJ: 05.674.155/0001-27
Maria Ilva Nogueira Pinheiro
Titular

Carlos Frederico Nogueira Pinheiro
Escritor Substituto
Antônio Patrícia Nogueira Pinheiro
Jorge de Almeida
Antônio de Oliveira



Reconheço por autenticidade a
semelhança () de assinaturas de
Paulo Henrique da Silva
Solonópole 20 de 12 de 2018
Maria Ilva Nogueira Pinheiro - Oficial
Carlos Frederico Nogueira Pinheiro - Esc. Substituto
Antônio Patrícia Nogueira Pinheiro - Esc. Autorizada
Jorge de Almeida - Esc. Autorizada
Antônio de Oliveira - Esc. Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

ORA DE SEG. 61

16 JAN. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018152/19

Número do Sinistro: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

CPF: 090.743.303-04

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

PAULO HENRIQUE DA SILVA : 333.108.548-09

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: PAULO HENRIQUE DA SILVA
CPF: 333.108.548-09

PAULO HENRIQUE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

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, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190037840

Vítima: ANNA LAURA DE FREITAS SILVA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3390037840** CPF da vítima: **090743303-04** Nome completo da vítima: **Anna Laura de Freitas Silva**

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

Nome completo: **Paulo Henrique da Silva** CPF: **333108548-09**

Profissão: **vereador** Endereço: **Rua José Irineu** Número: **35** Complemento: **-**

Bairro: **Distrito São José** Cidade: **Salonopole** Estado: **CE** CEP: **63620-000**

E-mail: **diogenescazevedo@gmail.com** Tel (DDD): **85-99920077**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **16171** **3**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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.

Local e Data: **Salonopole - CE, 24 de janeiro de 2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver): **Paulo Henrique da Silva**

Assinatura do Procurador (se houver): **Paula da Silva Ferreira**

26 FEV. 2019

Assinatura

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

26 FEB. 2019