

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Acessar nova versão do e-SAJ

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

### ! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WMOM.20.00170418-4** em **02/10/2020 11:44:32**.
- 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** : Mombaça  
**Processo** : 0050609-57.2020.8.06.0126  
**Protocolo** : WMOM.20.00170418-4  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 02/10/2020 11:44:32

### Partes

**Solicitante** : Gente Seguradora S/A

### Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

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

<b>Petição*</b>	: 2753040_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS1 - 1-5.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS1 - 6-9.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS1 - 10.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS2 - 1-5.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS2 - 6.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS2 - 7.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS2 - 8.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS2 - 9-10.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS3 - 1-10.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS4 - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS4 - 3.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS4 - 4.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS4 - 5.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS4 - 6.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS4 - 7-9.pdf
<b>Documentação</b>	: 2753040_CONTESTACAO00CS4 - 10-11.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS GENTE - 1-3.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO GENTE - 1.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOMBACA/CE**

**Processo: 00506095720208060126**

**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 **JOSE GONCALVES TORRES**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/06/2018**.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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**

### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

### **DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, bastante genérica, não há testemunhas, constando apenas relatos totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência.

---

<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;

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual for registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

### **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>.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

---

<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)

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 14/01/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

---

<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 HOUVE 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.”

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.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA 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.

---

<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.

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 horários 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.

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 expresso 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,

MOMBACA, 1 de outubro 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 graduação (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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 nº 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 **JOSE GONCALVES TORRES**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **MOMBACA**, nos autos do Processo nº 00506095720208060126.

Rio de Janeiro, 1 de outubro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

**DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**

Eu, JOSE GONCALVES TONES, portador do  
RG 2015 171 980-7 SSP/CE e no CPF 935.006.353-34

fui vítima de ATROPELAMENTO ocorrido 14/01/18 venho perante a seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT preventivamente declarar a título de informação que a vítima fui socorrida por populares e, não possuo os documentos abaixo citados:, declaro que

Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil:

Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal ou Estadual

Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal ou Estadual; Atendimento e/ou remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares;

de vias públi

Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Automóvel

Outro documento que evidencia o acidente.

Diante do exposto, como carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro DPVAT, apresentei o testemunhas no Boletim de Ocorrência, servindo como prova, conforme preceitua o Artigo 212, III, do Código Civil Brasileiro, e, para tanto, me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder para averiguação da verdade do que ora afirmo.

Código Civil Brasileiro; Artigo. 212 – Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato jurídico pode ser provado mediante: ( ) III – Testemunha;

Atenciosamente:

MANGA, 14 de MANGO de 2018

Mr. Paul Doss



RECEBIMOS a(s) PESSOA(S) José  
Lourival Lourival por  
distribuição  
Mombasa (CE) de de  
Em testemunho da verdade  
18 JUN 2018

ANTONIO HILTON MOURA DA COSTA - OFICIAL  
 YANDRA CAVALCANTE COSTA } ESCRIVENDES  
 SÔNIA REGIA CAVALCANTE COSTA } SUBSTITUTAS  
VALIDO(A) SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



DEPARTAMENTO DE SANTOS
DPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO
27/05/2018
Setor Seguradora SIA,
Av. Dom Luís, 300 - 13. 147

Registro N.

Digitado: 21/05/2018 (MARJORIE ROLIM)  
Língua: 0 - Página: 0

Enviar para PARTE INTERESADA

### EXAME SEGURO DPVAT

Em 21 de maio de 2018, nessa cidade de Tauá, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

MARJORIE SABINO FAÇANHA  
BARRETO ROLIM

cremac n. 10.128

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

JOSE GONCALVES TORRES

a fim de ser atendida a requisição de nº 62 / 2018, emitida pelo (a) JUZGADIA MUNICIPAL DE MONTBACÁ descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 10:15h de 21/05/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando de oitenta anos veio acompanhado de seu sobrinho, Rafael Neto Gonçalves Lopes, para realização de exame para fins de DPVAT.

Relata que em 14/01/2018, às 22:30, na BR 060, estava caminhando em acostamento quando colidiu com uma motocicleta que fugiu do local sem prestar atendimento.

Motociclistas fôcicos prestaram apoio e encaminharam ao Hospital e Maternidade Antonina Adervaldo Castelo.

Periciando apresenta os seguintes documentos:

1- Boletim de Atendimento datado de 14/01/2018, às 22:40h, assinado por Benedito Teles, CRM 12345, que relata fratura exposta em antebraço/ punho esquerdo e céfaleia. Por este motivo houve encaminhamento para a cidade de Juazeiro para avaliação pneumo-ortopedia e traumato-ortopedia ( Figura 1).

2- Relatório médico do Hospital Regional do Cariri, datado de 23/01/2018 e assinado por Dr. Rodrigo de Araújo Roberto, CRM 14023, em que informa que paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de urgência devido a fratura exposta terço distal ossos antebraço esquerdo - fratura de balha complexidade- deverá dar sequência ao tratamento dentro de sua microrregião de saúde (Igatu). Terapêutica utilizada: Rraf com placa e parafusos.

Diagnósticos: 552 (fratura de antebraço). Condições de Alta: melhorado. ( Figura 2).

3- Reciboário de certeixia: 500mg à 8 horas por 7 dias: cétoprofeno 60mg 8/8 horas por 7 dias e paracetamol 750mg de 6/8 horas se dor emitido por Dr Rodrigo de Araújo Roberto, CRM 14023 ( Figura 2).

4- Demonstrativo de despesas hospitalares do Hospital Regional do Cariri em um valor total de 16.707, 14 (dezessete mil reais e sete reais e quatorze centavos) reais, referente ao atendimento cirúrgico e Traumato-ortopedia I; valor totalmente custeado com recursos públicos ( Figura 3).

5- Imagem de radiografia com presença de pinos em punho esquerdo, datado de 19/02/2018 ( Figura 4).

6- Declaração emitida por Dra Jessica Braga, Fisioterapeuta, Crefito 209921-F, informando que paciente encontra-se em tratamento fisioterápico semanal por apresentar sequelas de inflamação da ADM a inchaço muscular em punho e mão esquerda decorrente de um PO de fratura distal de rádio e ulna (Figura 5).

Ac. exame:

Normalizado, cooperativo, orientado.

Presença de cicatriz em antebraço esquerdo, sem sinais de infecção ou processo inflamatório.

Paciente apresenta movimentos de extensão e flexão da articulação do punho esquerdo, bom como preensão palmar esquerda pré-servativa ( Figuras 6,7 e 8).

Ausência de demais lesões de interesse médico-legais.

### PERÍCIA DE AGRAVE/LESÃO

PRIMEIRO- Houve lesão de origem extrema, com possível risco causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º da Lei 6194/74.

21/5/2018 11:13

DR. MARJORIE SABINO FAÇANHA BARRETO ROLIM  
Perito - PEFOCE  
Assinatura Digitalizada - 100% LÉGÍTIMA

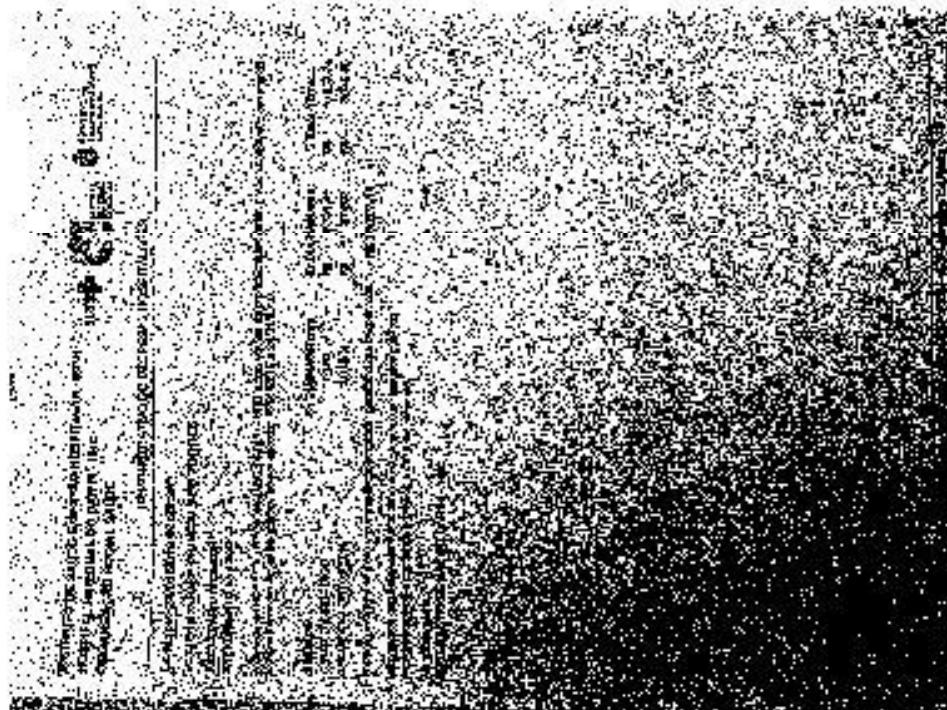
ASSINADO DIGITALMENTE POR MARJORIE SABINO FAÇANHA BARRETO ROLIM:91710731320



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Segurança Pública  
SSP-CE

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE  
Coordenação de Medicina Legal - COMEL  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Protocolo de Caso 07/03576/2018 - Exame de Perícia - 00000000000000000000000000000000



Flávia Matheus Araújo Reis  
Analista Perito Legal - PEFOCE  
03/07/2018



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública  
e Defesa Social

## Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenação de Medicina Legal - COMEL  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Conclusão de laudo n.º 745799-2015-L-00000000000000000000

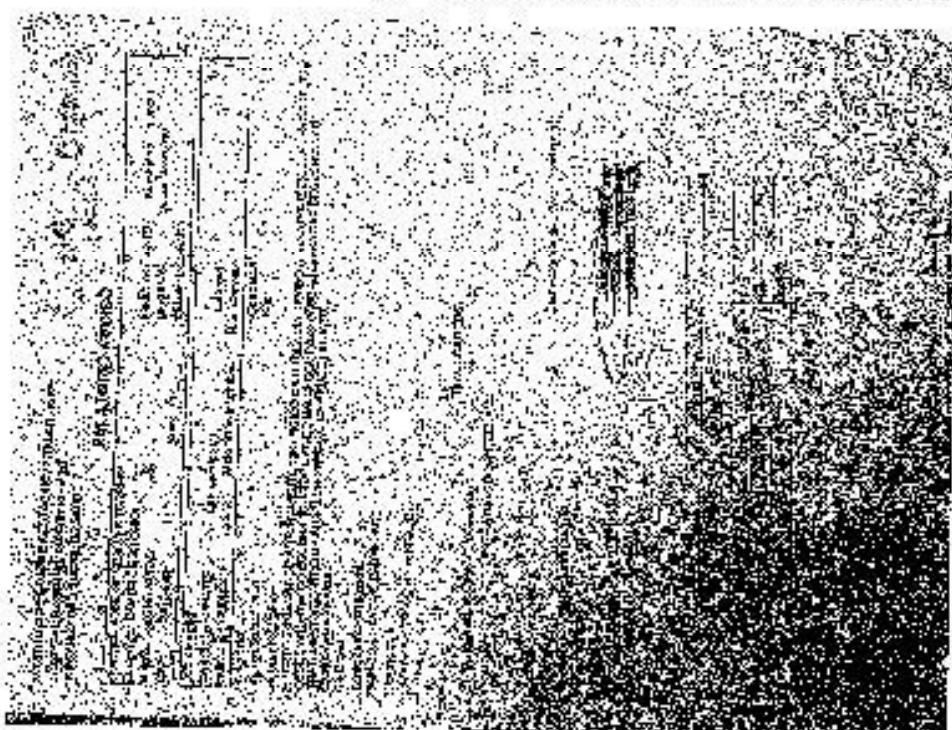


Set. M. Dr. Antônio Fagundes Pinto  
Núcleo de Medicina Legal - PEFOCE  
Tauá - Ceará - 2018



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Segurança Pública  
+ Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE  
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPWT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
Gestão Seguradora S/A,  
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

III  
Dr. Majoro Francisco Reis  
Sílvia Perda Leite - PEFOCE  
C00119126



**Polícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE**  
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Conselho Federal de Medicina - CRM/CE - 2007/2011 - Livre o Pague à Data e Valor

Zero, pois não há perda funcional completa do punho esquerdo ou de membros superiores. Periciando ainda em tratamento fisioterápico com boa condições de recuperação.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e lido, é assinado: conforme, assinado:

MARJORIE SABINO FAGANHA BARRETO ROLIM  
CRM/CE n. 10.128

*MARJORIE SABINO ROLIM*  
Dra. Marjorie Faginha Rolim  
Médica Perito Legal - PEFOCE  
CRM/CE 10.128

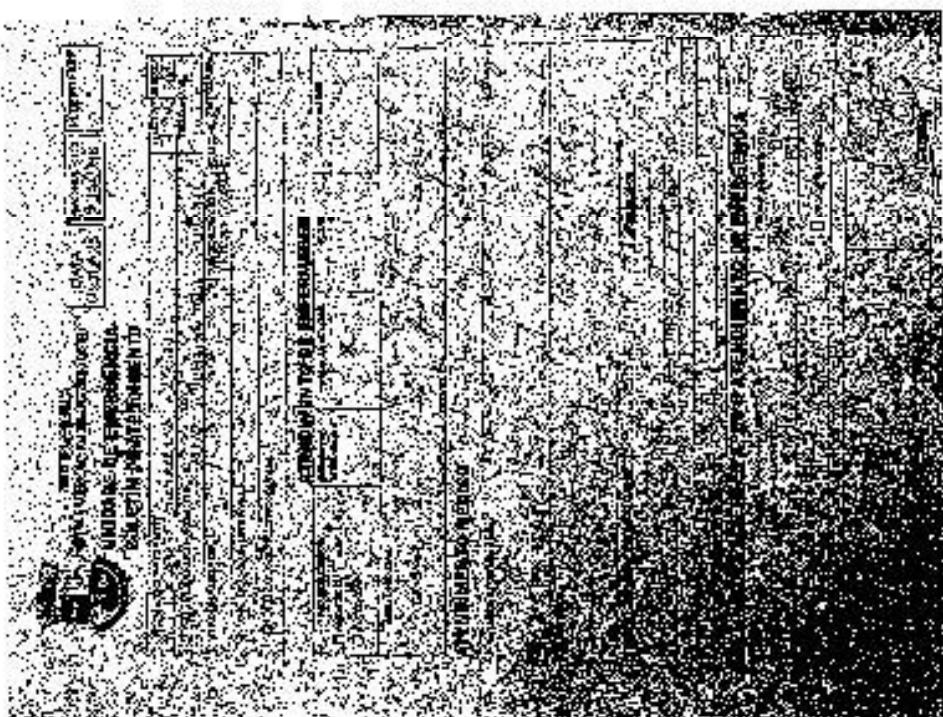
AA-097812



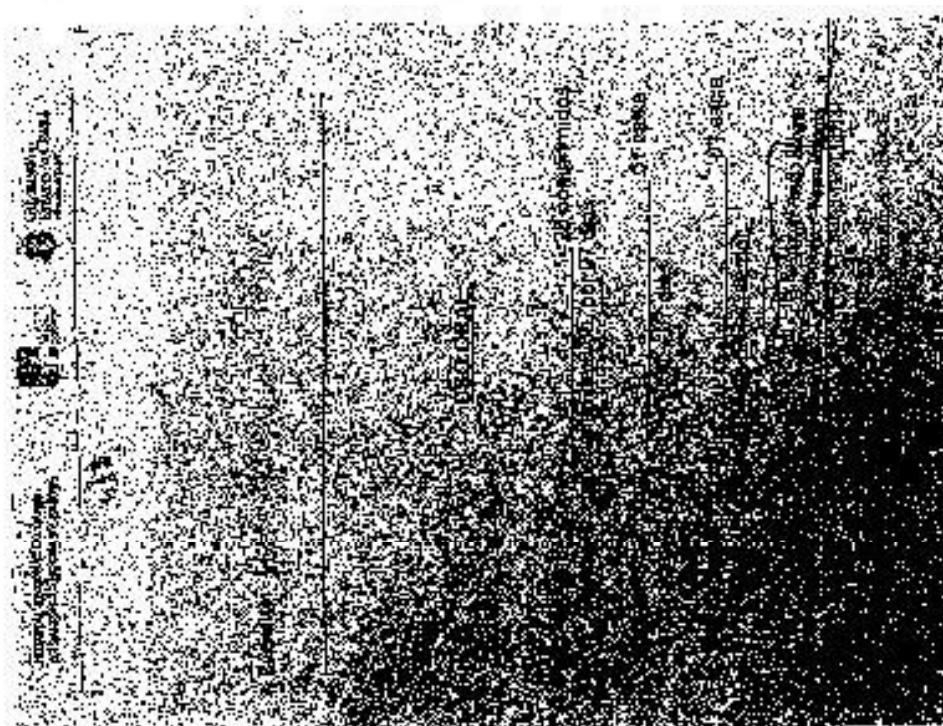
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Segurança Pública  
e Defesa Civil

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE  
Coordenação de Medicina Legal - COMEL  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Comunicação 001/2018-00000000000000000000000000000000



DEPARCAMENTO DE SINISTROS  
DIAVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
22 MAI 2016  
Geral Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE



Dra. Marlene Paixão PSC  
Médica Forense - PEFOCE  
CRF-CE 129.21



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

Հայութից ած Տեղառության բնակչությունը կազմում է 10 մասնակիություն:

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenação de Medicina Legal - COMEL

Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Taubaté

Downloaded At: 10:46 20 September 2009

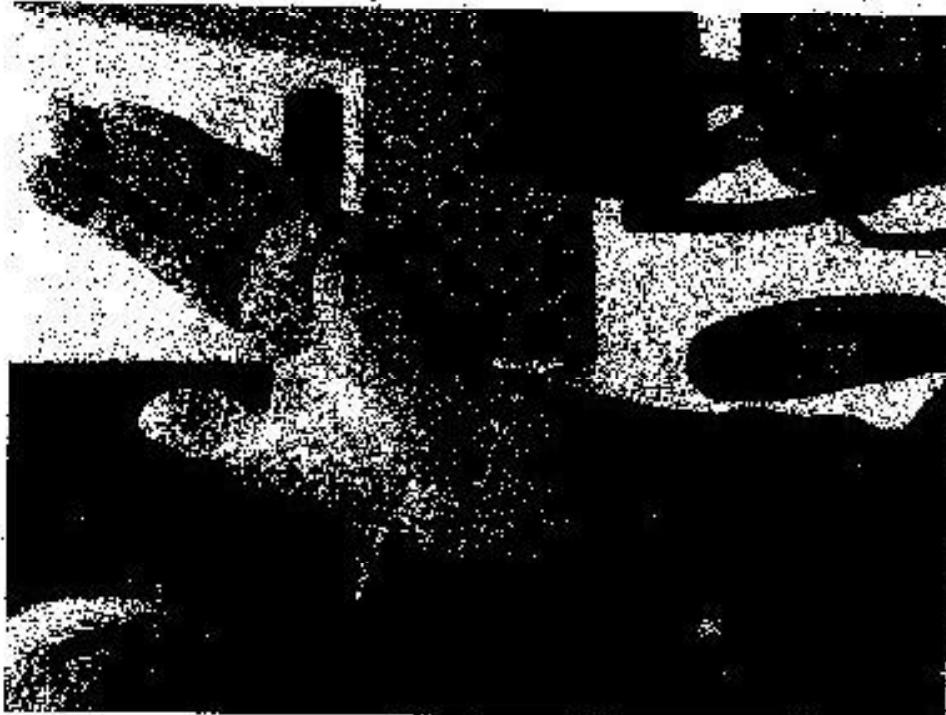
**ESTADO DE MUNICIPAL DE MONTEIRO - CEARÁ**

卷之三

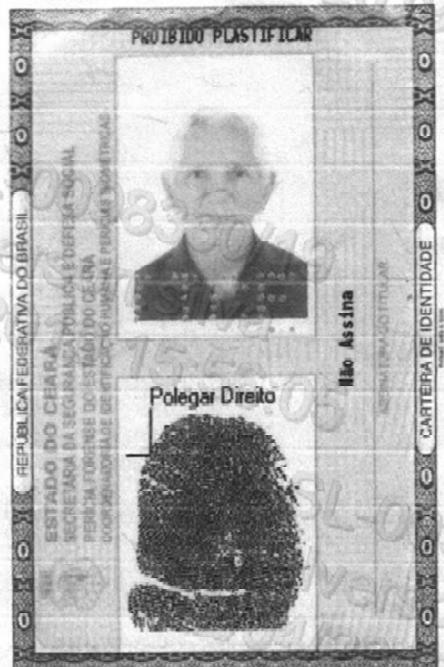
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPSAT  
CONTENIDO NO VERIFICADO

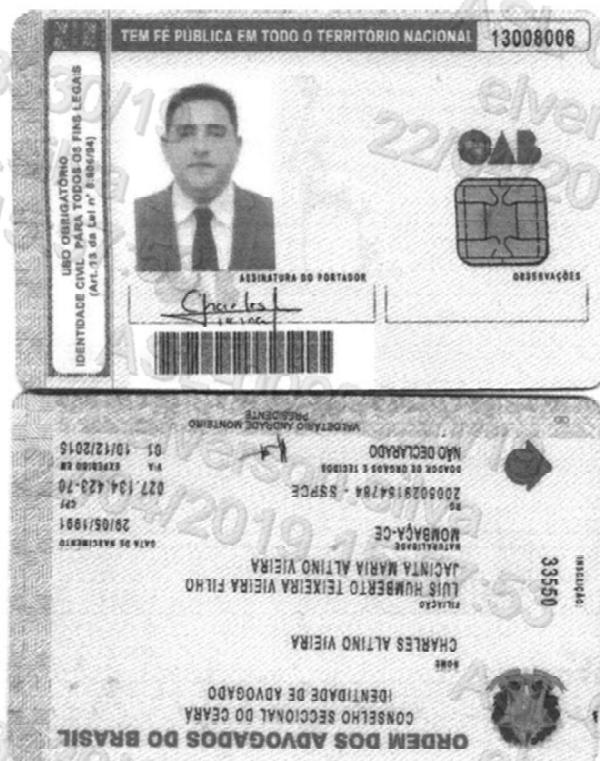
22 MAY 2009

Brasília Degradoura S/A  
Av. Dom Luís, 309 - Lj. 197  
Fortaleza - CE



Dr. Marjorie S. Smith  
605 First Street, Sacramento, California 95814





Dr. Gessenildo Damasceno  
CREMEC 19000

Nome: JOSÉ GONÇALVES TORRES

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o paciente JOSÉ GONÇALVES TORRES, RG 2015717980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motociclístico (atropelamento), dia 14/01/2018. Relata procedimento cirúrgico realizado, submetido a tratamento cirúrgico devido à fratura exposta, terço distal, ossos antebraco. Rafi com placa e parafusos.

Apresenta radiografia, 10/05/2019, com sinal de placa metálica parafusada, antebraco esquerdo.

Em tempo, fratura consolidada e paciente em alta definitiva.

Conclui-se pela existência de lesão não completa em membro superior esquerdo, com cicatriz cirúrgica e placa metálica implantada, **COM SEQUELAS DE NATUREZA PERMANENTE, ANATÔMICAS E/OU FUNCIONAL**.

Mombaça, 13 de Maio de 2019

CID S.52  
CID S.52.5



Dr. Gessenildo Damasceno  
CREMEC 19000

"Atender, entender e acolher."



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOMBAÇA  
HOSPITAL E MAT. ANTONINA A. CASTELO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1ª Via Retenção da Farmácia ou Drogaria  
2ª Via Orientação do Paciente

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____
Endereço Completo e Telefone: _____ _____	
Cidade: _____	UF: _____

1ª Via Retenção da Farmácia ou Drogaria  
2ª Via Orientação do Paciente

*Dr. Wellington Junior R. Baptista*  
Médico  
CRM/CE 17374

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Jaci L. Ferreira*

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: *USO ORAL*

- ① *Fenavang 250 + 27.5 mg - 1 CX*  
*Tomar 1 cp 12/12 h*  
*USO EXTERNO*
- ② *Profilan 600 mg - 1 tabo*  
*Aplicar 2 x 10 ml dia*  
*DATA: 10/05/17*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	Orgão Emissor: _____
Endereço: _____ _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACEUTICO	
DATA	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

H.M.A.A.C  
José Gonçalves Torres  
10/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2019

Gente Seguradora S/A,  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

H.M.A.A.C

Jose' Goncalves Torreg

10/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

15 MAI 2019

Gibto Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 CHARLES ALTINO VIEIRA inscrito (a) no CPF 027 136 423 / 70, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GONÇALVES TORRES inscrito (a) no CPF sob o N° 135 006 353 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Gonçalves Torres, inscrito (a) no CPF sob o N° 135 006 353 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: REU SOU - SE e apresento os documentos comprobatórios:  
OAB / CEARÁ

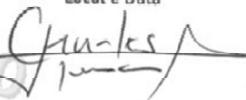
Recuso informar

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		Número	Complemento
RUA JOSÉ FERNANDES CASTELO		127	
CENTRO	MOMBACÁ	CEP	63.610.000
Email	CHARLES.VIEIRA.ADVOCACIA@GMAIL.COM	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(88) 99719 9426	(85) 99629 2205

MOMBACÁ 19 de JUNHO de 2018  
 Local e Data



Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 22 MAR 2019  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
 Fortaleza - CE

Nº DO CLIENTE		A Tarifa Social de Energia Elétrica					
8110655-6		foi criada pela Lei nº 10.456					
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima		do dia 26 de abril de 2002					
empreiteira sua fatura em contato conosco.		Companhia Energética de Caçapava					
		Rua Padre Valmério, 159					
		CEP 06185 (M01) Furtado CE					
		CNPJ 07.017.212/0001-70   Cof 08.102.848-3					
enel							
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B   SÉRIE B-4   Nº 525938471							
Rota	13 14020 01 157600 - 0	Data de Emissão	18/05/2018				
Nome	CHARLES ALTINO VIEIRA						
End. Postal	RU JOAO F CASTELO 00127 00127						
	CENTRO - MOMBACÁ -						
Medidor	7930887	Posta	0000 A495				
Classe	03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO						
RG / CPF / CNPJ	027134423-70		CGF				
Nome do Responsável							
DADOS							
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura					
1/01/2018	18/05/2018	20/06/2018					
ICMS							
Base de Cálculo (R\$)	Aliquotas	Valor do Imposto					
75,70	27,00%	20,43					
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL							
DE93.2077.F90C.01E1.4974.4206.8446.0006							
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Lote, Atual	Lote, Anterior	Consel.	Consumo (kWh)	Conc. Inc.	Cura. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1475	1370	1,00	105	0,00	105	0,72102	75,70
18/05/18	18/04/18		38 DIAS		105		
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES							75,70
MULTA MORATÓRIA REF 04/2018							1,33
CORREÇÃO MONETARIA DO MES							1,18
JUROS DO MES							1,30
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL							12,27
ADTCTONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,90 )							
VENCIMENTO 25/05/2018				TOTAL A PAGAR (R\$)		91,78	
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO				HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)			
Enegria	29,50	101	105	94	138	109	52
Transmissão	3,04	105	94	138	109	52	73
Distribuição	16,24	94	138	109	52	73	85
Encargos Sais/Val	4,35	138	109	52	73	85	111
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	23,55	109	52	73	85	111	139
TOTAL	75,78	52	73	85	111	139	96
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh)				96			
Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.				87			
Emitido kg (CO <sub>2</sub> )				133			
Compensado kg (CO <sub>2</sub> )				133			
Compreendendo Ecologia (%CO <sub>2</sub> )				133			
40,99				133			
0,00				133			
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO				133			
CONTAS EM ATRASO				133			
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA				133			
Avise o seu fornecedor de que o seu débito é atrasado.				133			
Avise o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica				133			
na impossibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias				133			
após a entrada deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO				133			
AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento				133			
do débito, favor desconsiderar o aviso.				133			
Consta desta fatura R\$ 3,12 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,74% e COFINS: 3,38%				133			
INFORMAÇÕES SOBRE A TARIFA				133			
A tarifa foi reajustada, em média, em 4,36%, conforme Resolução				133			
Comissariado ANEEL nº. 2.383/2010, com vigência de 22/04/2010 a 21/04/13. Estamos em				133			
Bandeira Amarela com custo de 1,00 real a cada 1000wh (quilowatt·hora). Informações: <a href="http://aneel.gov.br">aneel.gov.br</a>				133			

22 MAR 2019

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Nº do Cliente: 8110655-6 Referência: Mai/2018  
Data de Emissão: 18/05/2018 Total a Pagar (R\$): 91,78  
Nº da Nota Fiscal: 525938471 Nº de Controle: 0008110655\_0016\_39162\_09

83880000000-3 91780031000-6 00081106550-2 00163916239-6

Nº DO CLIENTE  
3306341-9  
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato consosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valdevino, 150  
CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 02.047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 509517427  
Rota 33 14028 05 208000 - 3 Data de Emissão 18/01/2018  
Nome JOSE GONCALVES TORRES  
End. Postal ST LAGOA DO SITONIO 00083  
NORTE A DIREITA - MOMBACA - 63610000  
Medidor 14168793 Poste 0000 C89N  
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00  
RG / CPF / CNPJ 00000000000022430681 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura  
Jan/2018 18/01/2018 17/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso deste conta. Conjunto 1A/69014 Nov/2017 BSC 25,69

Mês Nov/2017 DIC 1,12 10,63 2,07 0,00 0,00 0,00  
FIC 7,59 15,12 20,12 0,00 0,00 0,00  
DMIC 5,53 3,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consel.	Consumo (kWh)	Conc. Incl.	Conc. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11899	11821	1,00	166	0,00	1x12	0,4164	61,12
18/01/18	19/12/17		36.0148		168		0,84
VALOR (R\$)							61,12

VALOR CONSUMO DO MÊS  
MULTA MORATÓRIA REF 10/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A,  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

PREST DE SERVIÇOS

OPENHA

P  
A 06 FEB 2018 A  
G G  
O Q

(88.9 9622 2222

VENCIMENTO	16/02/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	61,96
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	23,40
Distribuição	14,58
Consumo Cár. 10%	11,15
Consumo Cár. 0,00	0,40
<b>TOTAL</b>	<b>61,96</b>

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

115	168	111	144	106	90	108	107	107	116	109
-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Condição Ecológica (%)

72,61	0,00	100
-------	------	-----

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

10/01/2018 00:00:00

CONTAS PENDENTES

10/01/2018	0,00
10/02/2018	39,49

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA

0098330-19

3100220754

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 502 - 751 / 2018****Dados da Ocorrência**

459158

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 19/06/2018 09:23:50****Data / Hora da Ocorrência: 14/01/2018 22:30:00****Endereço da Ocorrência: SITIO LAGOA DO SITONHO****Complemento:****Bairro: ZONA RURAL****Município: MOMBACA/CE****Ponto de Referência:****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: JOSE GONÇALVES TORRES****Nascimento: 08/04/1939 CPF: 135.006.353-34****RG: 20151719807 Orgão Emissor: SSPDS****UF: CE****Filiação: MARIA CANDIDA DE CARVALHO****RAFAEL CONÇALVES PAMPLONA****Endereço: SITIO LAGOA DO SITONHO****Bairro: ZONA RURAL****Município: MOMBACA/CE****CEP: 63.610-000****País: BRASIL****Telefone:****Histórico**

Afirma o declarante que no dia, hora e local acima citados, estava andando pela estrada no sítio Lagoa do Sitonho, quando uma motocicleta colidiu com a sua pessoa; QUE com o impacto o declarante caiu no chão; QUE o motociclista não prestou socorro, onde se evadiu do local; QUE então foi socorrido por populares para o hospital local; QUE em decorrência do acidente o declarante sofreu o que consta nos documentos médicos; QUE podem servir de testemunhas as pessoas de Rafael Neto Gonçalves Lopes RG 2007028081976 SSPDS/CE e Joaquim Marques Gonçalves RG 2000097031225 SSPDC/CE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO - MAT.: 198314-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** **VISTO DO DELEGADO(A) :****HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201X**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE



PREFEITURA DE MOMBACÁ  
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO

**UNIDADE DE EMERGÊNCIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO**

DATA	HORÁRIO	NUMERO FICHA
14/06/18	22:10HS	

NOME DO PACIENTE: José Gonçalves Gomes		IDADE 49 A	SEXO M
ENDERECO DO PACIENTE: Sítio Trajano do Sítio		TELEFONE	
NATURALIDADE: Mombasa		PROCEDÊNCIA	DOC. IDENTIDADE
NOME DO RESPONSÁVEL: ASL-00983201			
ENDERECO DO RESPONSÁVEL:			

## ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

PACIENTE CHEGOU:	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL		X		
QUEIXA PRINCIPAL:	Dolor de dor no corpo com febre alta e constante, apesar de ter feito exposição em ambiente frio. Faz 2 dias.			

## ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:	afebre de cefaleia. Nega cefaleia
EXAME FÍSICO	Exame: 15 pressão 150/80 / f掌 80 ACR fisiológico PA: 160x80 FC: 80 OBD: 2+ no fundo de silêncio
EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	Ex. prof. f.
	RESULTADO (S)
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	Re afebre Esg / punho Es.
TRATAMENTO / CONDUTA (VIDE ANOTAÇÕES NO VERSO)	

**TRATAMENTO / CONDUTA (VIDE ANOTAÇÕES NO VERSO)**

## DESTINO DE PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> SEM ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO A	
<input type="checkbox"/> INTERNADO	<input type="checkbox"/> ENF. DE EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> CLÍNICA
<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	<i>AVALIAÇÃO NEURO-TRAUMATO</i>		
<input type="checkbox"/> ÓBITO AS _____ HS	HORA DO DIA	<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO IMI	

**ASSINATURA DO MÉDICO**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 Lj. 14  
Fortaleza - CE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**  
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190286963  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Goncalves Torres  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Lagoa do Sitonio, 83  
Zona Rural Mombaca CE CEP: 63610-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2015171980-7  
Data local do acidente: [ 14/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 20/05/2019 ] Boa Viagem [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA EXPOSTA ANTEBRAÇO/PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE RÁDIO E ULNA.**

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

**Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO COM FIXADOR COM PLACAS E PARAFUSOS.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: 15/04/2018**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE DO PUNHO COM DESVIO ANTERIOR, COM CICATRIZ CIRÚRGICA POSTERIOR.**

- IV. Nexo de causalidade: 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:

**DEFORMIDADES DO PUNHO ESQUERDO COM PERDA DE FORÇA DE APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA, COM PERDA DOS MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.**

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

**(X) 50% médio**  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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

Guilherme M. de F. Filho  
Carimbo Cerrado  
CRM 8087

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVESTORRES

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT  
Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVESTORRES

Data do Acidente: 14/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GONCALVES TORRES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE GONCALVES TORRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000758-7

Conta: 000010012737-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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,

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GONCALVES TORRES

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVESTORRES

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ALTINO VIEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GONCALVES TORRES

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: JOSE GONCALVES TORRES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00758-7

CONTA: 000010012737-1

---

Nr. da Autenticação A42EB148158DEF60

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286963

Cidade: Mombaça

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

Data do acidente: 14/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA ANTEBRAÇO/PUNHO ESQUERDO. FRATURA DE RÁDIO E URNA.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE DO PUNHO COM DESVIO ANTERIOR, COM CICATRIZ FÍSICO: CIRÚRGICA POSTERIOR.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA COM PÓS-OPERATIVO SEM INTERCORRÊNCIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

135.006.353 - 34

Nome completo da vítima

JOSÉ GONÇALVES TONES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOSÉ GONÇALVES TONES</b>	CPF titular da conta <b>135.006.353 - 34</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>SITIO LAGOA DO SITONIO</b>	Número <b>83</b>	Complemento
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>MOMBASA</b>	Estado <b>CEAN</b>
Email	Telefone (DDD) <b>(85) 996242205</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00    | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0758

7

12.737

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

\_\_\_\_\_

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Depois efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MOMBASA, 14 de MARÇO de 2018

Local e Data

*José Gonçalves Tones*

**CARTÓRIO P. STA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
022 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSÉ GONÇALVES TORRES, brasileiro, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº. 2015171980-7 SSP/CE e inscrito no CPF sob nº. 135.006.353-34, residente e domiciliada no Sítio Lagoa do Sítio Lagoa do Sítio, 83, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

**OUTORGADO:** CHARLES ALTINO VIEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Estado do Ceará, sob o nº 33.550, email charlesvieiraadvocacia@gmail.com, com escritório profissional situado na Rua João Fernandes Castelo, 127, Centro, Mombaça, Ceará, 63.610-000.

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima **JOSÉ GONÇALVES TORRES**.

Mombaça, 14 de Março de 2018



OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:58:13

Reconhecer a firma (2) \_\_\_\_\_  
Liberar para o uso de outras pessoas  
autenticadoras  
Mombaça (CE) 19 JUN 2018  
Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.  
\_\_\_\_\_  
 ANTONIO HILTON SOARES DA COSTA - OFICIAL  
 YANDRA CAVALCANTE COSTA - ESCREVENTE  
 BONIA REGIA CAVALCANTE COSTA - SUBSTITUTA  
VALDOCA COMBINE COM O SÉLO DE AUTENTICIDADE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135719/19

Número do Sinistro: 3190286963

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

CPF: 135.006.353-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/01/2018

Titular do CPF: JOSE GONCALVES TORRES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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: 15/05/2019  
Nome: CHARLES ALTINO VIEIRA  
CPF: 027.134.423-70

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019  
Nome: Marilangela Lima Ferreira  
CPF: 810.099.413-72

---

CHARLES ALTINO VIEIRA

---

Marilangela Lima Ferreira

Dr. Gessenildo Damasceno  
CREMEC 19000

Nome: **JOSÉ GONÇALVES TORRES**

**DECLARAÇÃO MÉDICA**

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o paciente **JOSÉ GONÇALVES TORRES**, RG 2015717980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motocicístico (atropelamento), dia 14/01/2018.

Apresenta boletim atendimento, Hospital de Mombaça, 14/01/2018 às 22:40h, que relata **FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO, PUNHO ESQUERDO** e cefaléia.

Apresenta relatório médico do Hospital Regional do Cariri, 23/01/2018, relata procedimento cirúrgico realizado, "submetido a tratamento cirúrgico devido à fratura exposta, terço distal, ossos antebraço. Raffi com placa e parafusos."

Apresenta radiografia com sinal de placa metálica parafusada, antebraço esquerdo.

Em tempo, fratura consolidada e paciente em alta definitiva.

Conclui-se pela existência de lesão não completa em membro superior esquerdo, com cicatriz cirúrgica e placa metálica implantada, **COM SEQUELAS DE NATUREZA PERMANENTE, ANATÔMICAS E/OU FUNCIONAL**.

Mombaça, 22 de Abril de 2019

CID S.52  
CID S.52.5



Dr. Gessenildo Damasceno  
CREMEC 19000

"Atender, entender e acolher."

Dr. Gessenildo Damasceno  
CREMEC 19000

Nome: JOSÉ GONÇALVES TORRES

### DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os fins que se fizerem necessários, que o paciente JOSÉ GONÇALVES TORRES, RG 2015171980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motocicístico (atropelamento), dia 14/01/2018.

Apresenta boletim de atendimento em unidade hospitalar, Hospital e Maternidade Antonina Aderaldo Castelo, Mombaça, Ceará, entrada 14/01/2018 às 22:40h, que relata fratura exposta em antebraço, punho esquerdo e cefaléia.

Apresenta relatório médico do Hospital Regional do Cariri, 23/01/2018, assinado por Dr. Rodrigo de Araújo Roberto, CRM 14023, em que informa que o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de urgência devido à fratura exposta, terço distal, ossos antebraço esquerdo. Rafi com placa e parafusos.

Apresenta uma radiografia com sinal de placa metálica parafusada, antebraço esquerdo.

Apresenta uma cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo.

Em tempo, fratura consolidada e paciente em alta definitiva.

Conclui-se pela existência de lesão não completa em um dos membros superiores, com cicatriz cirúrgica e placa metálica implantada, com seqüelas de natureza permanente, anatômicas e/ou funcional, limitação da ADM e fraqueza muscular em punho e mão esquerda.

Mombaça, 05 de Abril de 2019

CID S.52  
CID S.52

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2019
Gente Seguradora S/A, Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147 Fortaleza - CE

Dr. Gessenildo Damasceno  
CREMEC 19000

"Atender, entender e acolher."



PREFEITURA DE MOMBACA  
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO  
**UNIDADE DE EMERGÊNCIA**  
**BOLETIM DE ATENDIMENTO**

DATA 14/04/18 HORÁRIO 22:10HS NÚMERO FICHA

NOME DO PACIENTE:	Gonçalves Junes		IDADE 19A	SEXO M
ENDEREÇO DO PACIENTE:	Bairro Vila do Sítio		TELEFONE	
NATURALIDADE:	Mombaça		PROCEDÊNCIA	DOC. IDENTIDADE
NOME DO RESPONSÁVEL:				
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:				

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

PACIENTE CHEGOU:	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULANCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL		X		

QUEIXA PRINCIPAL: Dúvida de quanto tempo a paciente esteve exposta ao sol e apesar de que houve exposição em ambiente / prado esg. e fechar

**ATENDIMENTO MÉDICO** encontro em região supralumbar

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: Afeição febril. Nega alergias medicamentosas.

EXAME FÍSICO	EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	RESULTADO (S)
	Re orofaringe	Esg / prado esg?

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO / CONDUTA (VIDE ANOTAÇÕES NO VERSO)

**DESTINO DE PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> SEM ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO A
<input type="checkbox"/> INTERNADO	<input type="checkbox"/> ENF. DE EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE SINISTROS	<input type="checkbox"/> CLÍNICA
<input type="checkbox"/> ÓBITO AS ____ HS	DATA: 22 MAR 2019	<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO IMI
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		

ASSINATURA DO MÉDICO	Gente Seguradora S/A. Av. Dom Luis, 300 - L. 147 Fortaleza - CE	CARIMBO	CREMEC
----------------------	---	---------	--------

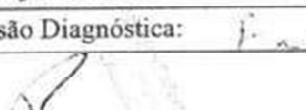


PREFEITURA MUNICIPAL DE MOMBAÇA  
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- 1- Preencher esta ficha em 3 vias
- 2- Ao terminar a Consulta ou tratamento, entregar 02 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 3 via a unidade de origem.

## FICHA DE REFERÊNCIA

NR 16440003834

Unidade de Origem:	HMA 28		
Distrito Sanitário:	189 tere		
Município:	Monteira		
Nome	José Gonçalves		
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Prontuário N°		
	Data de Nascimento 21/03/78		
	Ocupação:		
Endereço:	Bairro:		
Motivo do Encaminhamento:	Fone:		
Resultado dos Exames:			
Conduta já Realizada			
Impressão Diagnóstica:			
	Médico	Ass. Do Médico - N° Registro	Função
			Data
			Hora

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento	<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Auxilio Diagnostico
Procedimento:	AVALIAÇÃO /		
Profissional:	TURMATO - ANTONIO / AVALIAÇÃO - NEURO.		
Unidade de Referência:	Data: ___/___/___ Hora ___:		

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:	Município:	Prontuário:	Alta:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
RESUMO CLINICO				22 MAR 2019
				Gesta Seguradora S/A, Av. Dom Luís, 300 - Bairro: 147 Fortaleza - CE
RESULTADO DE EXAME: _____				
DIAGNÓSTICO:				
Principal _____	CID _____			
Secundário 1 _____	CID _____			
Secundário 2 _____	CID _____			
PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO				
O Problema Justificou a Transferência?		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
O Motivo da Referência coincide com o Diagnóstico?		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Ass. Do Consultante - nº Registro	Função	1 / 1		:
		Data		Hora

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOSE GONCALVES TORRES

Endereço: LAGOA DE SITONIO

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63618-000

Num: 1

Idade: 78 ano(s) 9

Prontuário: 156324

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Cidade: MOMBAÇA

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 04

Leito: 413

Internação: 15/01/2018

15:12

Alta: \* Não informado \* \* Não informado

Relatório

Cancelada

Tipo de Saída: Alta

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA TERÇO DISTAL OSSOS ANTEBRAÇO ESQUERDO - FRATURA DE BAIXA COMPLEXIDADE - DEVERÁ DAR SEQUÊNCIA AO TRATAMENTO DENTRO DE SUA MICRO REGIÃO DE SAÚDE (IGUATU).

Exames Realizados

RX E LAB

Terapêutica Utilizada

RAFI COM PLACA E PARAFUSOS

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRAÇO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRAÇO



Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 23/01/2018

Observações Complementares

\* Não informado \*

Responsável

Médico: RODRIGO DE ARAUJO ROBERTO

Data: 23/01/2018

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

Agendamento		
Dr Klunger	Palio *	
Data: 19/02/18	Data: 19/02/18	Data:
Hora: 13:00	Hora: 10:30	Hora:
Código 81687	Código	Código





HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos  
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE *José Gonçalves Tonnes*  
PERMANECEU INTERNADO NESTE HOSPITAL DO DIA 15/01/18 ATÉ A DATA ATUAL,  
ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO; NECESSITANDO DE  
60 (sessenta) dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS A PARTIR  
DA DATA DO INTERNAMENTO.

CID I.525

*Dr. Rodrigo de Araújo Roberto*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

MÉDICO - CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
Gento Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

JUAZEIRO DO NORTE, /01/2018

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: 24/01/2018 06:28:35

Do(a) Sr(a): JOSE GONCALVES TORRES

PRONTUÁRIO nr: 156324

ATENDIMENTO nr: 406914

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 15/01/2018 a 24/01/2018.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CENTRO CIRURGICO	03:53	R\$ 2.739,46	R\$ 10.957,84
TRAUMATO-ORTOPEDIA I	10 dia(s)	R\$ 574,93	R\$ 5.749,30

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R\$ 16.707,14**

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos públicos

Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC





HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos  
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

## MARCAÇÃO DE RETORNO- NAC

NOME: *José Feruglio Torres*

MARCAR NO NAC O RETORNO NO AMBULATORIO DA  
TRAUMATOLOGIA EM PRIMEIRA DATA DISPONÍVEL APOS A ALTA.



JUAZEIRO DO NORTE, *22/01/2018*

*Dr. Rodrigo de Araújo Roberto  
Ortopedia e Traumatologia  
RM-CE 14.023 TEOT 14714*

---

MÉDICO



HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos  
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

**SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HRC**  
**SOLICITAÇÃO DE REDIOGRAFIA PARA RETORNO AO**  
**AMBULATORIO EGRESSO**

PARA: *José Gonçalves Torres*

EXAMES: *RX pulmão AP e P*

*P=156324  
D.V=08/04/1939*

PS: REALIZAR EXAME ANTES DO RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO

JUAZEIRO DO NORTE *23* /01/2018

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

MÉDICO



*19/02/18  
10:30*

453

Paciente: José Geraldo Torres

Rx

USO ORAL:



1. Cefalexina 500mg \_\_\_\_\_ 28 comprimidos  
Tomar 01 comprimido de 6/6h, por 07 dias.  
6:00, 12:00, 18:00, 24:00
2. Cetoprofeno 50mg \_\_\_\_\_ 01 caixa  
Tomar 01 capsula de 8/8h - 07 dias  
8:00, 16:00, 24:00
3. Paracetamol 750 mg \_\_\_\_\_ 01 caixa  
Tomar 01 comprimido de 6/6hs, se dor.

Juazeiro do Norte,

Dr. Rodrigo de Araújo Roberto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 14.023 TEOT 14714

CNPJ/MF - 05.268.526/0002-51  
Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo - Juazeiro do Norte-CE  
CEP 63.041-162 - Telefone: (88) 3566-3600