



## 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.

Petição\* : 2753040\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS1 - 1-5.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS1 - 6-9.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS1 - 10.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS2 - 1-5.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS2 - 6.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS2 - 7.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS2 - 8.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS2 - 9-10.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS3 - 1-10.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS4 - 1-2.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS4 - 3.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS4 - 4.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS4 - 5.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS4 - 6.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS4 - 7-9.pdf  
 Documentação : 2753040\_CONTESTACAODOCS4 - 10-11.pdf  
 Documentação : ATOS GENTE - 1-3.pdf  
 Documentação : 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 1ª 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 SÍNTESE 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**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória 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, NCP/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 paire 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 fora 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 irretroatável 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 desconstituí-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 ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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

(...)

<sup>8</sup>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 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.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MOMBACA, 1 de outubro de 2020.

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

## QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 GRADUAÇÃO

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					
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					
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; **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 **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

JOSELAINÉ 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, JOSÉ GONÇALVES TAVES, PORTADOR DO  
RG 2015 171 980 -7 SSP/CE E NO CPF 135.006.353-34

, declaro que 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 foi socorrida por populares e, não possuo os documentos abaixo citados:

- 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 pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares;
- Defesa Civil;
- Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos;
- Outro documento que evidencie 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;

MOMBACA, 14 de MARÇO de 2018

José Gonçalves Taves

Assinatura da Declarante

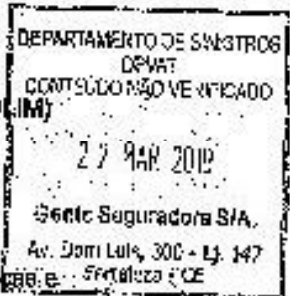
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE



RECEBIMOS AQUI ATESTADA  
Yandra Cavalcante Costa por  
Sônia Regia Cavalcante Costa  
Mombaca (CE) de de  
Em testemunho da verdade.

ANTONIO HILTON LOPES DA COSTA - OFICIAL  
 YANDRA CAVALCANTE COSTA } ESCRITURAS  
 SÔNIA REGIA CAVALCANTE COSTA } SUBSTITUAS  
VÁLIDA(S) SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE





Registro N.º

91710731320

Digitacao: 21/05/2018 (MARJORIE ROLIM)  
Livro: 0 - Pagina: 0

Enviar para PARTE INTERESADA

**EXAME SEGURO DPVAT**

Em 21 de maio de 2018, nesta 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**

cremtec n. 10.128

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

**JOSE GONÇALVES TORRES**

a fim de ser atendida a requisição de nº 32 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA descrevendo com o verídico e com todas as circunstâncias, o que acontecer, 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.

Moradores locais prestaram apoio e encaminharam ao Hospital e Maternidade Antonina Aderaldo 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 orelheira. Por este motivo há o encaminhamento para a cidade de Juazeiro para avaliação com neurologia e traumatologia ( 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 tempo distal ossos antebraço esquerdo - fratura de baixa complexidade- deverá dar sequência ao tratamento dentro de sua microrregião de saúde (Iguatu). Terapêutica utilizada: Rafi. com placa e parafusos. Diagnóstico: S52 (fratura de antebraço). Condições de Alta: melhorado. ( Figura 2).

3- Receita de oxetolixina 500mg 8/8 horas por 7 dias; cetoprofeno 50mg 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 (dezois mil setecentos e sete reais e quatorze centavos) reais, referente ao parto cirúrgico e Traumatologia I; valor totalmente custeado com recursos públicos ( Figura 3).

5- Imagem de radiografia com presença de placa 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 limitação de ADM e fraqueza muscular em punho e mão esquerda decorrente de um PO de fratura distal de rádio e ulna (Figura 5).

Ao exame:

Normocorado, 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 preservada ( Figuras 6, 7 e 8).

Ausência de demais lesões de interesse médico-legal.

**PERGUNTAS E RESPOSTAS**

**PRIMEIRO**- Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

**SEGUNDO**: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do art. 4º anexos da Lei 6194/74.

21/5/2018 14:13

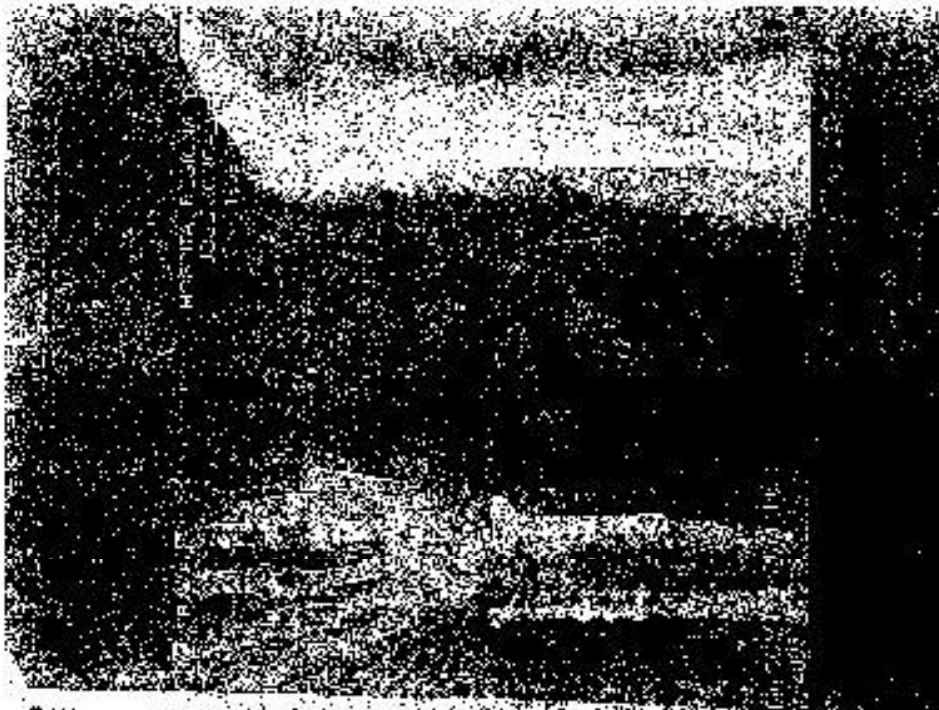
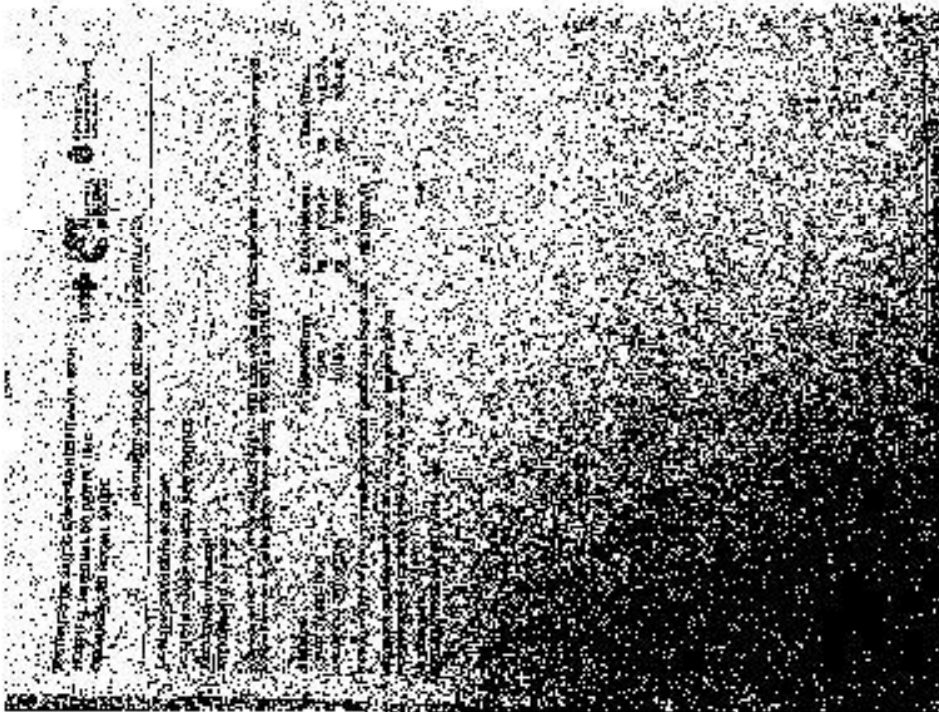
*Handwritten signature and stamp of Marjorie Sabino Façanha Barreto Rolim, Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFUCE.*

ASSINADO DIGITALMENTE POR MARJORIE SABINO FAÇANHA BARRETO ROLIM:91710731320

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço: dpvse.perfob.gov.br e informe o código fff52aa9a6221da



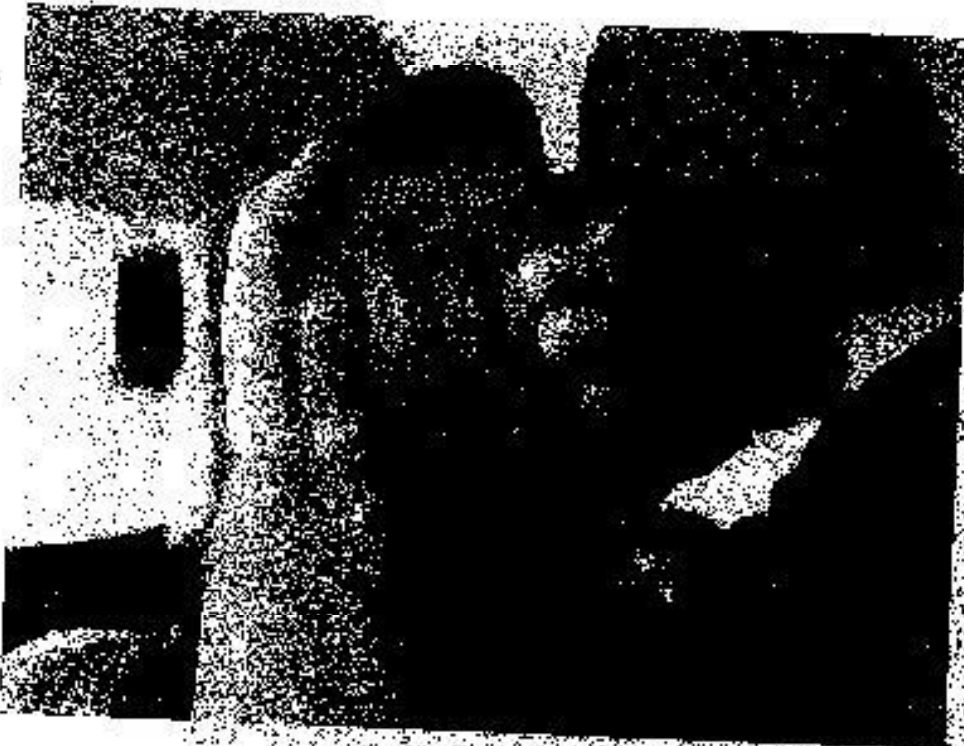
Continuação do Laudo IC 743570 / 2018 Data do Exame: 09/05/2018



*[Handwritten Signature]*  
Ira. Márcia Ferreira Rebelo  
Médica Perita Legista - PEFCE  
CRM 10126



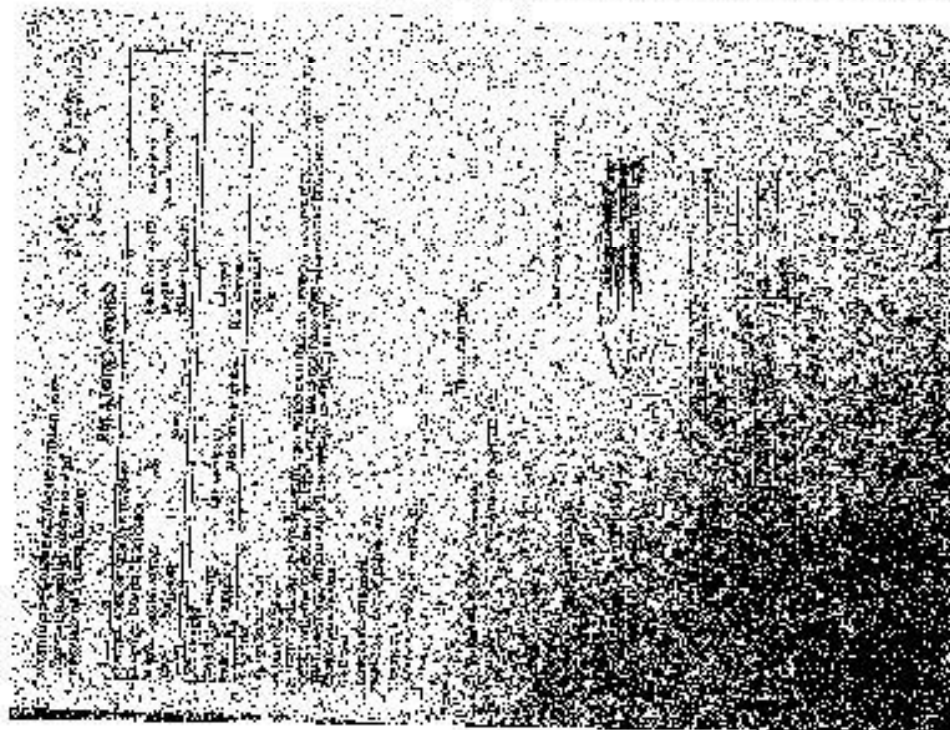
Comunicação do Livro Nº 7438704/2018 Livro 07 Equipamentos Cirúrgicos



Dr. Augusto Facenda Pinna  
Médico de Medicina Legal - PEFOCE  
Nº 14128



Continuação do laudo N.º 745876 / 2018, Livro 0, Página 4, Data 21/05/2018



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 CPVAT  
 CONTRATO NÃO MERECIDO  
  
 22 MAR 2018  
 Centro Registradora S/A.  
 Av. Dom Luis, 360 - Lj. 147  
 Fortaleza - CE

*all*  
 Dr.ª Mariana F. R. Silva Reiter  
 Médica Perita Lesões - PEFOCE  
 CRM 19126





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

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

Continuação do Livro N. 706297/2013 Livro 3 Página 1 Data 2 de agosto de 2013

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

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

MARJORIE SABINO FAÇANHA BARRÊTO ROLIM  
CRMSP nº. 10.128

*MJR*  
Dra. Marjorie Sabino Rolim  
Médica Perita Legal - PEFUCE  
CRM: 10128







**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**

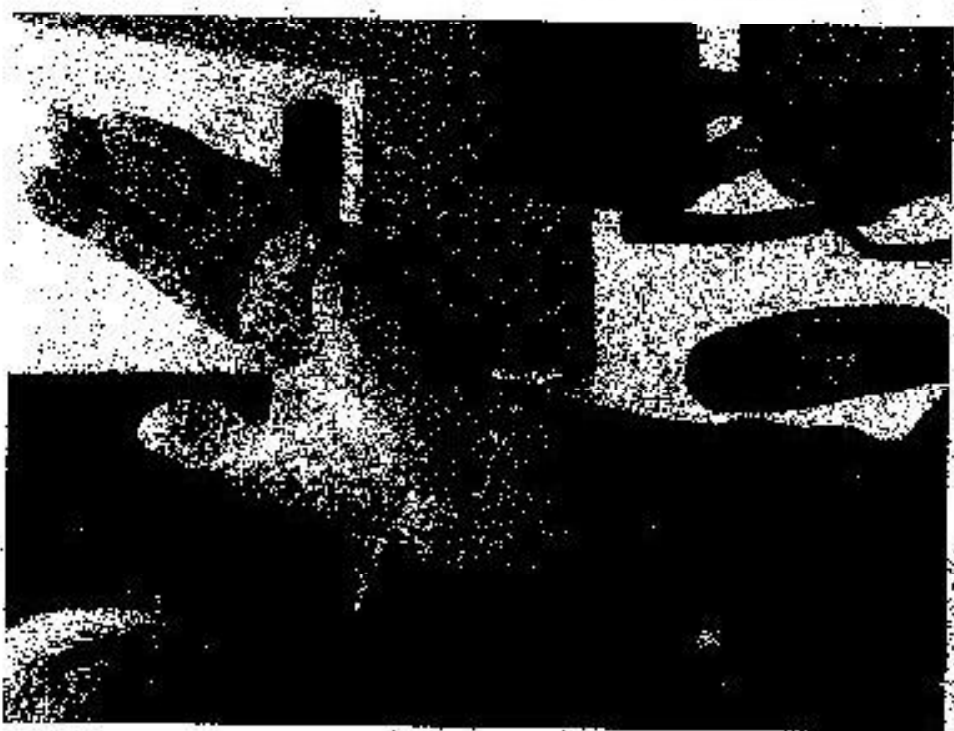
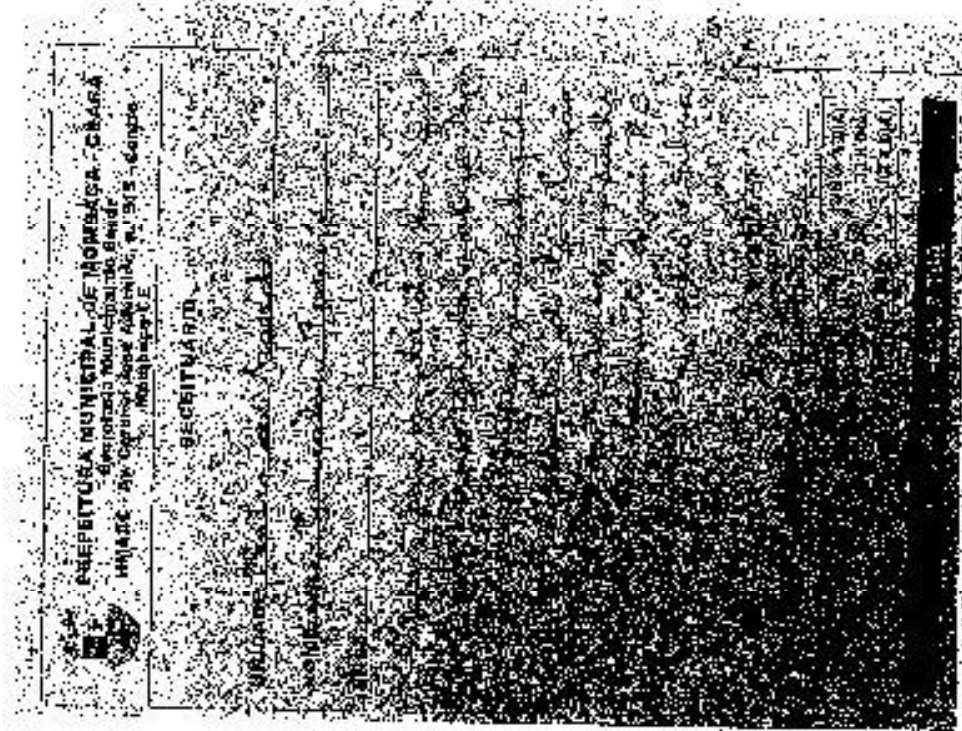
Assessoria de Segurança Pública  
& Defesa Social

**Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE**

Coordenação de Medicina Legal - COMEL

Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Tauá

Continuação do laudo nº 11578 / 2018 Livro nº 05 nº 11 Data 27/05/2018



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
Genés Seguradora S/A.  
Av. Dom Luís, 301 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

*[Handwritten signature]*  
Dra. Marfona Helena Farias  
Núcleo Perícia Legal - PEFOCE  
CRM-19126

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:56:05

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:56:05

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO ESTRAT.	2015171980 - 7	DATA DE EXPIRAÇÃO	19/11/2015
NOME	JOSÉ GONÇALVES TORRES		
FILIAÇÃO	RAFAEL GOMALVES PAMPLONA		
NATURAIDADE	MARIA CANDIDA DE CARVALHO		
RG - CPF	135.005.353-34	DATA DE NASCIMENTO	08/04/1939
RG - AMT.	224306-81	P.:	193
1 VIA	Ass. Sde. [Assinatura]		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 DEFICIT TERMO: 07984 FOLHA: 156  
LIVRO: B 021 NORBACA - CE

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:56:05


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

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:56:05


PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERFILAGEM TORRENSE DO ESTÁDIO DE LINA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS E PORTEIROS



Mão Assina



Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:56:05

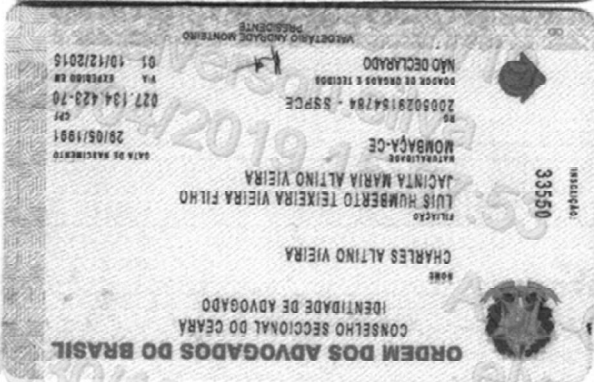
ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:56:05



ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:57:53



ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:57:53



ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:57:53

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:57:53

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:57:53

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

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

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:57:53

ASL-0098330/19  
elverson.silva  
22/04/2019 15:57:53

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 antebraço. Rafi com placa e parafusos.

Apresenta radiografia, 10/05/2019, 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, 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 Drogeria  
2ª Via Orientação do Paciente

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**  
Nome Completo: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço Completo e Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

*J. Welisson Junior R. Raposo*  
Médico  
CRM-CE 17374  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

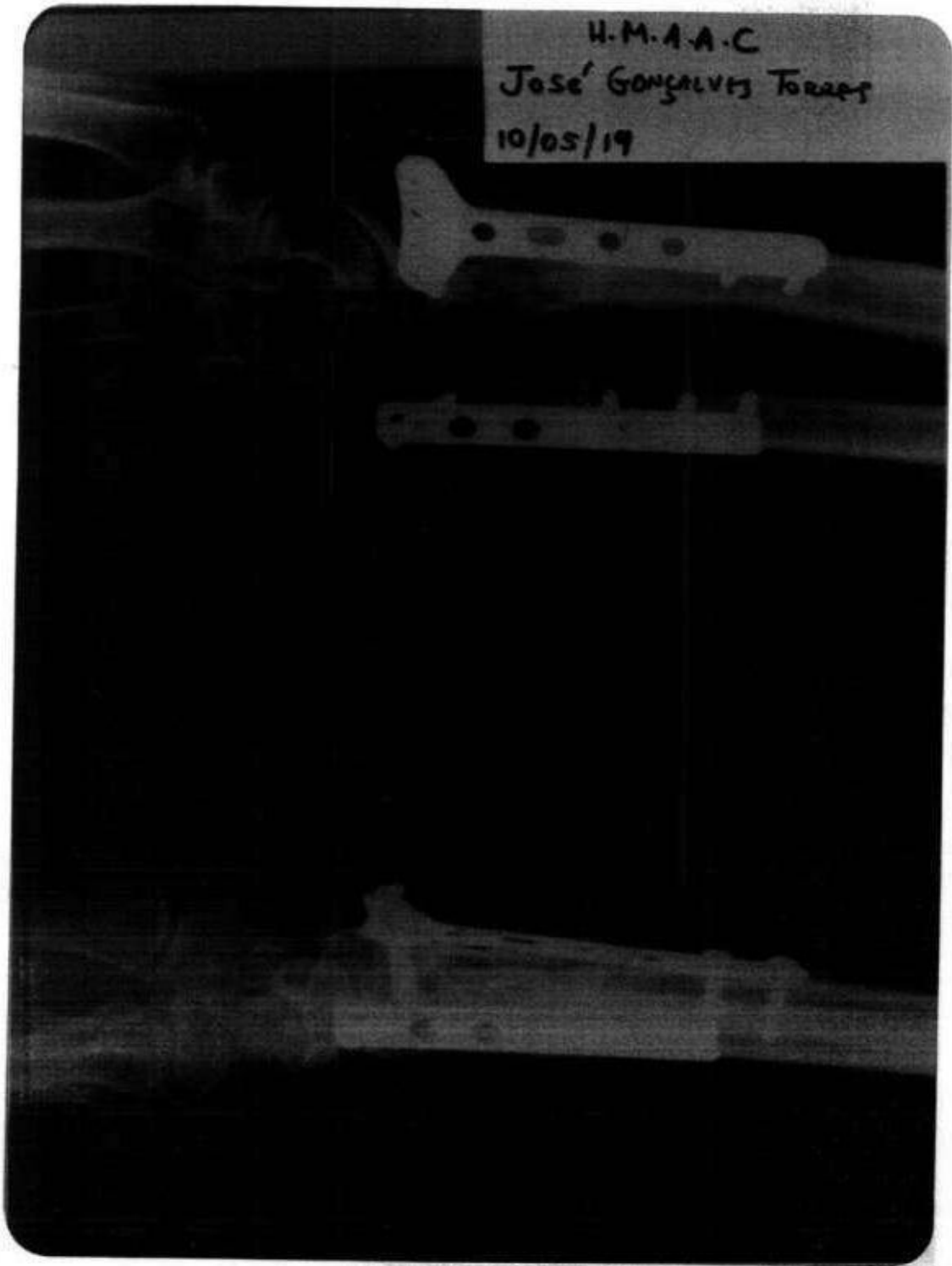
Paciente: José Luiz Soares  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Prescrição: USO ORAL  
① Paracetamol 500mg + 25mg 1CX  
3 vezes / dia 12/12h  
USO EXTERNO  
② Propofol 60ml 1 tubo  
Aplicar 2x ao dia  
Data: 10/05/17

**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

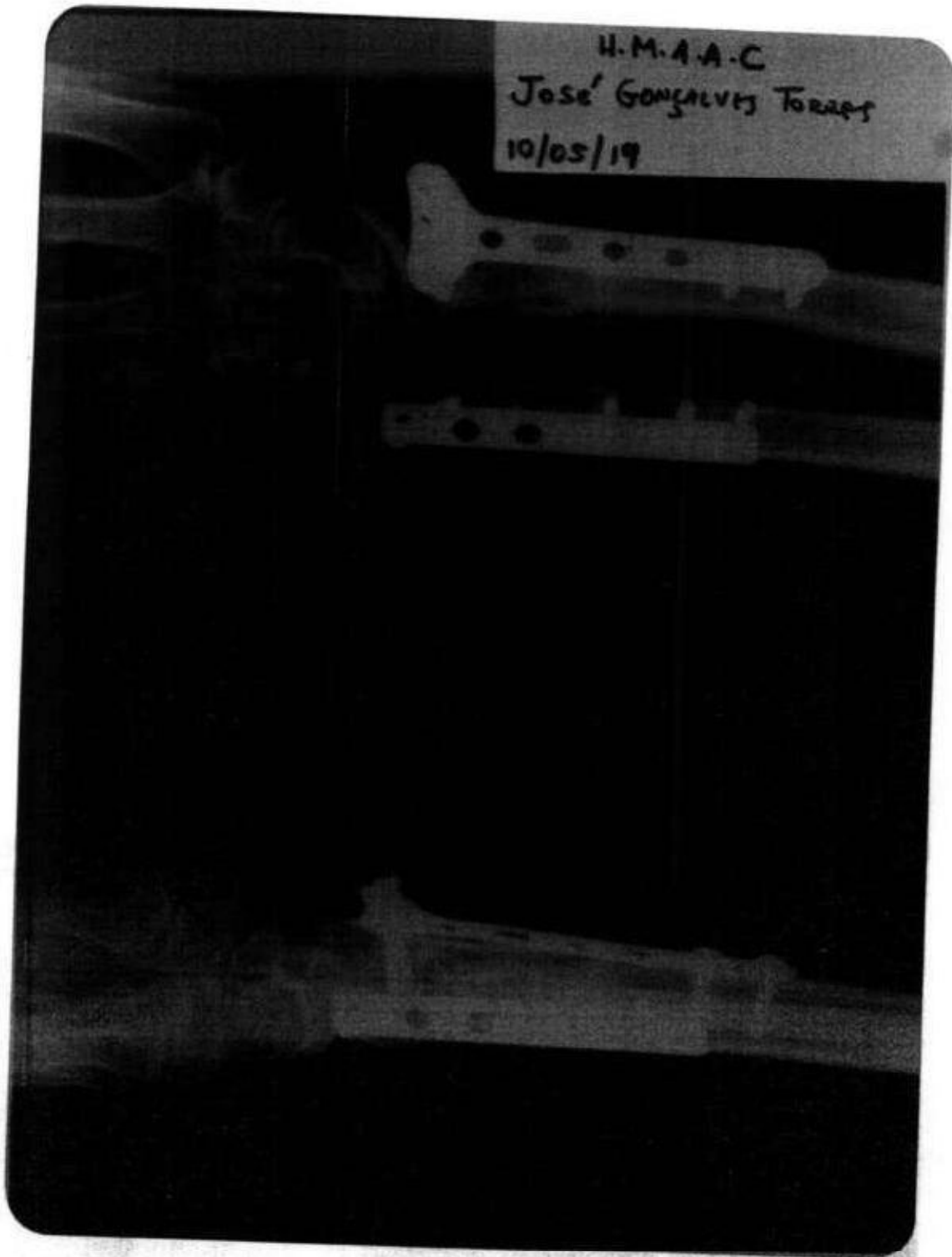
H.M.A.A.C  
José GONÇALVES TORRES  
10/05/19



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  
José GONÇALVES TORRES  
10/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
15 MAI 2019  
Geolte Seguradora S/A.  
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
Fortaleza - CE

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CHARLES ACTINO VIEIRA inscrito (a) no CPF 022 136 423 / 70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GONÇALVES TORRES inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 006 353 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INULIDEZ da Vítima JOSÉ GONÇALVES TORRES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 006 353 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: REUSOU-SE e apresento os documentos comprobatórios:

OAB | CEAM

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 JOÃO FERNANDES CASTELO</u>		Número <u>127</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>MOMBACA</u>	Estado <u>CEAM</u>	CEP <u>63.610.000</u>
Email <u>CHARLES.VIEIRA.ADVOCACIA@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(88) 997199426</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 996292205</u>

MOMBACA, 19 de JUNHO de 2018

Local e Data

Charles Vieira

Assinatura do Declarante



**Nº DO CLIENTE**  
**8110655-6**  
 Para atualizar seu atendimento, utilize a 1ª linha sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará  
 Rua Padre Vasconcelos, 150  
 CEP 60125-040 | Fortaleza - CE  
 CNPJ 07047281/0001-70 | CGF 08.105.848-3



**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

Medidor 7930887 Posto 0000 A495

Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 027134423-70 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO	
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.	
Mai/2018	18/05/2018	20/06/2018	Conjunto	MOMBACA
			Mês	Mar/2018
			Índice	0,00 P
				EURO 31,06

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
75,70	27,00%	20,43	DIC	5,19	16,38	20,77	0,00	7,27	0,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	0,00
			DMIC	2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL  
 0693.2077.F9DC.01EI.4974.4206.8446.0006

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Curt. Incl.	Curt. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
Fº 1475	1370	1,00	105	0,00	105	0,72100	75,70
18/05/18	18/04/18		30 DIAS				75,70

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	75,70
AVULSA MORATORIA REF 04/2018	1,55
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,18
JUROS DO MES	1,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,27
ADICIONAL BANDAÍRA 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)	
Energia	28,52	101	105
Transmissão	3,04	94	138
Distribuição	16,24	109	52
Encargos Setoriais	4,36	73	85
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	23,55	111	139
TOTAL	75,70	96	87
		133	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)  
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) 40,99 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 Conciliação Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0%

**CONTAS EM ATRASO**

DEBITOS ANTERIORES  
 04/2018 74,37  
 Total 74,37

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Prazado Cliente, constam em nossos controles contábeis em atraso.Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 e/ou 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 3,12 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,74% e COFINS: 3,39%  
 (Cof. e Rec. 100,000% - 2007) - Lei n. 10.437-02 e 10.840-03)

Informamos que a tarifa foi reajustada, em média, em 4,96%, conforme Resolução Homologatória ANEEL n. 2.380-2010, com vigência de 22/04/2018 a 21/04/19. Estamos em Banda Larga Amarela com custo de 1,00 real e cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: w.w.aneel.gov.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 22 MAR 2018  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147  
 Fortaleza - CE

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 00016 39162 09°





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

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 07042510001-70 | CGF 08.105.8483

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE R-4 | N°** 509517427  
 Rota 33 14028 05 208000 - 8 Data de Emissão 18/01/2018  
 Nome JOSE GONCALVES TORRES  
 End. Postal ST LAGOA DO SITONIO 00083 NORTE A DIREITA - HOMBACA - 63610000  
 Medidor 14168793 Poste 0000 C89N  
 Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00  
 RG/CPF/CNPJ 0000000000022430681 CGF

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

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso deste conta.  
 Conjunta 89,16%  
 Mês Nov. 2017  
 DICE 0,00 P

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apurado Individual Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11989	11821	1,00	168	0,00	168	0,36	61,12
18.01.18	19.12.17		38.0148		168		61,12

**VALOR CONSUMO DO MÊS** 61,12  
**MULTA MORATORIA REF 10/2017** 0,84

**PREST DE SERVIÇOS O PENHA**

P A G O  
 08 FEV 2018  
 (88) 9 9622 2222

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

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Descrição	Valor (R\$)
Emissão	1,15
Distribuição	1,68
Encargos setoriais	1,14
Tributos (ICMS e IPI)	1,63
TOTAL	61,12

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) 77,61 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 Consistência Ecológica (%) 0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**  
**CONTA EM ATRASO**  
 AVISO DE DÉBITO AUTOMÁTICO: O valor do débito referente ao vencimento de energia elétrica será debitado em até 30 dias úteis após a data de vencimento do boleto.

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



0098330-19  
3190220754



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: X**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**





PREFEITURA DE MOMBUÇA  
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO

DATA 14/04/18	HORÁRIO 22:40HS	NUMERO FICHA
------------------	--------------------	--------------

**UNIDADE DE EMERGÊNCIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO**

NOME DO PACIENTE: <i>João Gonçalves Jones</i>		IDADE	SEXO
ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>Citio Lagoa do Sitorio</i>		19 A	M
NATURALIDADE:		TELEFONE	
NOME DO RESPONSÁVEL:		PROCEDÊNCIA <i>Mombuca</i>	DOC. IDENTIDADE
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

PACIENTE CHEGOU: <input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA
		X		
QUEIXA PRINCIPAL: <i>queda de rosto conforme relato o curso, apresentando fratura exposta em antebraço / punho Esq. e fenda</i>				

**ATENDIMENTO MÉDICO**

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:	<i>refere de cefaleia. Não utiliza medicamentos.</i>		
EXAME FÍSICO	<i>Edema 15 pupila isocora / fotofobia ACP fenololol PA: 160x80 FC: 80 Abd. moles sem ingurgitamento</i>		
EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	Ext. prof. de h.		
	Resultado (S)		
	<i>Re. antebraço Esq / punho Esq.</i>		
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 checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	<i>AVILIAÇÃO 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. 147 Fortaleza - CE <b>CARIMBO</b>	 <b>CREMEC</b>
----------------------	--	-------------------

**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 Sítio, 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):<br><b>PUNHO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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 Mendes F. Filho  
Cirurgião Geral  
CRM 6087



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

---

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 médico-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, 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

Pag. 00593/00594 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020297

Carta nº 14224111

# 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

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GONCALVES TORRES

Data do acidente: 14/01/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

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

**Descrição do exame físico:** 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 TOMES
---------------------------	---------------------------------	---

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

Nome completo JOSE GONÇALVES TOMES		CPF titular da conta 135.006.353-34	Profissão AGRICULTOR
Endereço SÍTIO LAGOA DO SÍTONIO		Número 83	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade MOMBACA	Estado CEAM	CEP 63.610-000
Email		Telefone (DDD) (85) 996242205	

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**

- RECUSO INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  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 NRD 0758	D/V 7	CONTA NRD 12.737	D/V X
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRD	
AGÊNCIA NRD		D/V	CONTA NRD
(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. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MOMBACA, 14 de MARÇO de 2018

Local e Data

*Jose Gonçalves Tomes*



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

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



CHARLES VIEIRA

ADVOCACIA

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 Sítonio, 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

CARTÓRIO COSTA

José Gonçalves Torres

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

OUTORGANTE



Reconhecer a firma por autenticidade:  
Mombaça (CE) 19 JUN 2018  
Em testemunho da verdade.

ANTONIO HILTON JOPES DA COSTA - OFICIAL  
 YANDRA GRAVALCANTE COSTA } ESCRITÓRIO  
 SONIA REGIA CAVALCANTE COSTA } SUBSTITUTA  
VÁLIDA(S) SOMENTE COM O SELO 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

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/01/2018

Titular do CPF: JOSE GONCALVES TORRES

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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

CHARLES ALTINO VIEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 2015171980-7 SSP/CE, 80 anos, refere ter sido vítima de acidente motociclístico (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.

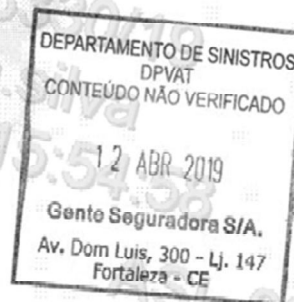
Apresenta uma cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo.

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.52.5



Dr. Gessenildo Damasceno  
CREMEC 19000

"Atender, entender e acolher."





PREFEITURA DE MOMBUCA  
HOSPITAL E MATERNIDADE ANTONINA ADERALDO CASTELO

**UNIDADE DE EMERGÊNCIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO**

DATA 14/04/18	HORÁRIO 22:40HS	NUMERO FICHA
------------------	--------------------	--------------

NOME DO PACIENTE: <i>Jose Goncalves Jones</i>		IDADE 79 A	SEXO M
ENDEREÇO DO PACIENTE: <i>Citio Nagoa do Sitorio</i>		TELEFONE	
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA <i>Mombuca</i>	DOC. IDENTIDADE	
NOME DO RESPONSÁVEL:			
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

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

**QUEIXA PRINCIPAL:** *queda de rosto conforme relato o curso apresentando fraturas expostas em antebraço / punho Esq. e fêmur*

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:** *referido cefaleia. Não utiliza medicamentos.*

**EXAME FÍSICO** *olhos = 15 pupila 150 asin / fotoreage. ACP finalizava PA: 160x80 FC: 80 Abd. mofo sem ingurgit. Ext. mfd.*

EXAME (S) COMPLEMENTA (S) SOLICITADO (S)	RESULTADO (S)
<i>Ext. mfd.</i>	
<i>Re. antebraço Esq. / punho Esq.</i>	

**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 checked="" type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA HOSPITAL	<i>AVALIAÇÃO NEURO - TRAUMATO</i>	<input type="checkbox"/> CLÍNICA
<input type="checkbox"/> ÓBITO ÀS _____ HS	HORA DO DIA _____ HS	<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO IMI

<b>ASSINATURA DO MÉDICO</b>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	<b>CREMEC</b>
	22 MAR 2019 Gente Seguradora S/A. Av. Dom Luis, 300 - Lt. 147 Fortaleza - CE	





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:			
Distrito Sanitário: <u>PMMAE</u>		Município: <u>Mombaça</u>	
Nome: <u>José Gonçalves Távora</u>		Prontuário N°	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de Nascimento: <u>21/03/1988</u>		Ocupação:
Endereço: <u>St. Loggia do Sol</u>	Bairro:	Fone:	
Motivo do Encaminhamento: <u>...</u>			
Resultado dos Exames: <u>...</u>			
Conduta já Realizada			
Impressão Diagnóstica: <u>...</u>			
Ass. Do Médico - N° Registro		Função: <u>Médico</u>	Data: <u>17/03/18</u> Hora: <u>...</u>

### AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento	<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Auxílio Diagnostico
Procedimento: <u>AVALIAÇÃO</u>	Profissional: <u>TRAUMATO - ORTOPED</u>		
Unidade de Referência:	Data: <u>1/1</u>		Hora: <u>...</u>

### FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:	Município:	Prontuário:	Alta:
RESUMO CLINICO			
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 - n° Registro	Função	Data: <u>1/1</u>	Hora: <u>...</u>



### RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: JOSE GONCALVES TORRES		Idade: 78 ano(s) 9	Prontuário: 156324
Endereço: LAGOA DE SITONIO		UF: CEARÁ	Sexo: Masculino
Bairro: ZONA RURAL	Num: 1	Cidade: MOMBACA	
CEP: 63618-000			

Localização	Enfermaria: 04	Leito: 413
Clinica: TRAUMATO- Internação 15/01/2018	15:12 Alta: * Não Informado *	* Não Informado

Relatório Cancelada  
Tipo de Saída: Alta Não

#### Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA TERÇO DISTAL OSSOS ANTEBRAÇO ESQUERDO -FRATURA DE BAIXA COMPLEXIDADE - DEVERA DAR SEQUENCIA AO TRATAMENTO DENTRO DE SUA MICRO REGIAO DE SAUDE (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 Klenger	Mais x	
Data: 19/02/18	Data: 19/02/18	Data:
Hora: 13:00	Hora: 10:30	Hora:
Código 81687	Código	Código


  
 Paciente: Jose Gonçalves
  
 Médico: \_\_\_\_\_
   
 Especialidade: 30-45 dias
  
 Horário: 13:30h Data: 24/03/18
  
 Seg  Ter  Qua  Qui  Sex  Sáb
   
Rua Castelo de São João, 300 - CEP: 63041-102 - Jardim do Nordeste - Fortaleza (CE) 3566-3800
  
Hospital mantido com recursos públicos por meio de suas empresas e outros recursos sociais.

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRÉ  
 JOSE GONCALVES TORRES  
 1939 Apr 08 M 156324  
 Acc  
 2018 Feb 19  
 Acej Tm: 08:34:59 359





HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI



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

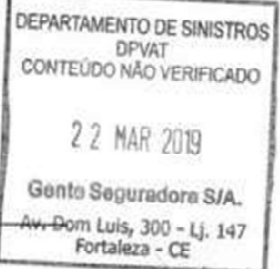
## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE José Gonçalves Torres  
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 S.525

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

MÉDICO - CRM



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



ISGH  
INSTITUTO SOCIAL DE GESTÃO HOSPITALAR



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

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

## MARCAÇÃO DE RETORNO- NAC

NOME: *José Bezalua Torres*

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



JUAZEIRO DO NORTE, *23*/01/2018

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

MÉDICO



19/02/18

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

PARA: José Gonçalves Torres

EXAMES: RX punho AP e P

P=756324

R.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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

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

19/02/18  
10:30

433

Paciente:

José Gonçalves Torres

Rx

USO ORAL:

\* 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

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