



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WIBP.20.00165972-3** em **01/10/2020 12:08:26**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

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

### Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

Foro : Ibiapina  
Processo : 0000910-54.2019.8.06.0087  
Protocolo : WIBP.20.00165972-3  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 01/10/2020 12:08:26

### Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>>[Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição\* : 2755189\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
Documentação : 2755189\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-24.pdf  
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-2.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 3-4.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

### Downloads

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

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE IBIAPINA/CE

Processo: 00009105420198060087

**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 **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/05/2018**.

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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

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

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

### PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

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

### DA INÉPCIA DA INICIAL

### AUSÊNCIA DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Primeiramente, importante ressaltar a inépcia da inicial haja vista que a parte autora não apresenta comprovante de residência em seu nome.

**Nº DO CLIENTE**  
8525011-2  
Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002  
**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07043251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº**  
Rota 16 31050 01 029400 - 6  
Nome MICHAEL PINTO DA SILVA  
End. Postal RU JOSE ELIONOR DAMASCENO 00000  
CENTRO - IBIAPINA - 62360000  
Medidor 3077645  
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 604074783-88  
Nome do Responsável  
Poste 0000 0000  
CGF

**DATAS**  
Mês de Referência Abr/2018  
Data de Apresentação 23/04/2018  
Previsão Próxima Leitura 23/05/2018

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
Veja a legenda no verso desta conta.  
Conjunto IBIAPINA  
Mês Fev/2018  
ELSD 6,75

**ICMS**  
Base de Cálculo (R\$) 58,13  
Alíquota 27,00%  
Valor do Imposto 15,69

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
8268.3480.C6E1.D223.6904.7440.1041.A06B

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Prestação Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,19	10,38	20,77	0,71	0,00	0,00
3,00	6,00	13,20	2,00	0,00	0,00
2,94			0,36		

Assim, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor deixa de juntar aos autos documento exigível à propositura da demanda. Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

<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.

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

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

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

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

## **DO MÉRITO**

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

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

## **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

---

<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;

<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)

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/04/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

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

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

---

<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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

---

<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.”

<sup>6</sup> “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

### **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>7</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>8</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

---

*ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup> art.

1º

(...)

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

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,

IBIAPINA, 30 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

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



### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

## TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **IBIAPINA**, nos autos do Processo nº 00009105420198060087.

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180470689**

Vitima: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

Data do Acidente: **25/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470689**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13484188



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**

Sinistro: **3180470689**  
Vítima: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**  
Data do Acidente: **25/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180470689** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

048.145.733-08

Nome completo da vítima

LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

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

Nome completo <b>LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES</b>		CPF titular da conta <b>048.145.733-08</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>RUA JOSE ELIDMAR DAMASCENO</b>		Número <b>SIN</b>	Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>IBIAPINA</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>62.360-000</b>
E-mail			Telefone (DDD) <b>(88) 9.9626-2211</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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRDESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>	
AGÊNCIA NRD. <b>3845</b>	DIV. <b>3</b>	CONTA NRD. <b>13593</b>	DIV. <b>8</b>
(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.

**IBIAPINA** 18 de **JULHO** de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CARIMBO DO DEPARTAMENTO

05 OUT 2018

*Leandro dos Santos Rodrigues*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



475634

BOLETIM DE Ocorrência Nº 475 - 418 / 2018 CASL-0367431/18

**Dados da Ocorrência**

8180670689

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **30/05/2018 11:13:23**  
Data / Hora da Ocorrência: **25/04/2018 07:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO TAUÁ**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **IBIAPINA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados do(s) Vítima(s)**

Nome: **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**  
Nascimento: **04/11/1989** CPF: **048.145.733-08**  
RG: **20070862995** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **EVA DOS SANTOS RODRIGUES**  
**ANTONIO DE ARAUJO RODRIGUES**  
Endereço: **RUA JOSE LEOMAR DAMASCENO**  
Bairro: **PEDRINHAS**  
Município: **IBIAPINA/CE** CEP: **62.340-000**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HVU7264** UF: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi: **9C2MC2700YR014418** Renavam: **735510814** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CSX 200 STRADA** Ano Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor: **ROXA** Proprietário: **ANTONIO EDMILSON CASTRO DE AZEVEDO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COMUNICOU QUE NO LOCAL E DATA ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVAS NO VEICULO ACIMA DESCRITO, ESTAVA INDUO AO SEU LOCAL DE TRABALHO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO CAIU DENTRO DE UM BURACO NA VIA, TENDO CAÍDO, QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIAPINA, SIDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE TIANGUA, QUE POR CONTA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO QUEBROU A CLAVICULA DIREITA E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MAURO CESAR BARROSO BRAGA - MAT.: 163368-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Leandro dos Santos Rodrigues*

VISTO DO DELEGADO(A):

MANUEL BILSANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4



05 OUT 2018

DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 30/05/2018 11:10:15

Ponto Seguradora S/A  
R. Tom Lins, 303 - Lapa 1471  
Alameda Fortaleza / Ce.

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES CPF da Vítima: 048.145.733-08 Data do Acidente: 25.04.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação e apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em não submeter à perícia médica às custas da seguradora LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 2º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

IBIRAKIA 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Leandro dos Santos Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

Seguradora LIDER  
Rua L. 300 - Loja 14  
Bela Vista - Belo Horizonte - MG



Hospital Maria Wanderlene Nogueira de Queiroz

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**ACIDENTE DE TRÂNSITO**

SUS

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

Nome: Leonardo dos Santos Rodrigues

Idade: 28ª Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Padre Raimundo

Município: Ibiapina

Filiação: Antônio de Araújo Rodrigues e Eva dos Santos Rodrigues

Identidade: 2.007.086.299-5 CPF: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: Tempo = \_\_\_\_\_ C PA= 120 x 80 mmHg

Pulso= \_\_\_\_\_ bpm Respiração = \_\_\_\_\_ mrpm Peso= \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ Data: 25/04/18

Assinatura do Responsável pelo preenchimento

Hora: 07:58

**ATENDIMENTO**

Diagnóstico: fratura completa de clavícula

CD primário: \_\_\_\_\_ CID Secundário: \_\_\_\_\_

Acidente de Trânsito (especificar o Veículo): Motocicleta

Procedimento / Conduta Realizada (a):

Analgesia + Imobilização provisória + encaminhamento ao ortopedista

Condição de Alta: ( ) Curado ( ) Transferência ( ) Melhorado ( ) A pedido ( ) Óbito ( ) Evasão

Ass. E Carimbo do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Ass. do Responsável / ou Paciente: Genivalda Lima de Carvalho

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTABILIDADE MÉDICA

05 OUT 2018

Santa Seguradora S.A.  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 1  
A. de A. - Fortaleza - CE

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

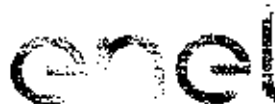
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03845

CONTA: 000000013593-8

---

Nr. da Autenticação 461C726B758664B2



Esta é a segunda via de

**AGO/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**8525011** **DPV** **2**

**VENCIMENTO**  
**10/09/2018**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**67,58**

**DESCRIÇÃO DA CONTA**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B; Série B-1 | Nº **538737102**

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

**DADOS DE ENTREGA**

Rota 16 031050 01 029400

Medidor

Posto

Nome MICHAEL PINTO DA SILVA

3077645

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade RU JOSE ELIOMAR DAMASCENO 00000 CENTRO IBIAPINA  
Consumidora 62360000

RG / CPF / CNPJ 604.074.783-88

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual = Leitura Anterior + Consumo = Consumo Incl. = Consumo Faturado

FP 15453 15390 1 63 0 63

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão/  
Apresentação

Próx. Próxima  
Leitura

24/08/2018

24/09/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

PC93.3F63.7D44.1933.BDC7.348F.7E1F.3419

**IMPOSTOS**

Base do Cálculo (R\$) 48,68

Aliquota 27%

Valor do Imposto 13,14

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

**OUTROS PAGAMENTOS**

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES

0,28

JUROS DO MES

0,63

JUROS DO MES

1,28

MULTA MORATORIA

1,37

CORREÇÃO MONETÁRIA DO MES

1,42

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

13,92

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,47)

**DE QUANTIDADE DO FORNECIMENTO**

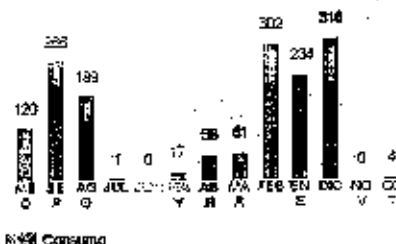
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 16,28

Consumo IBIAPINA

Mês JUN/ 2018

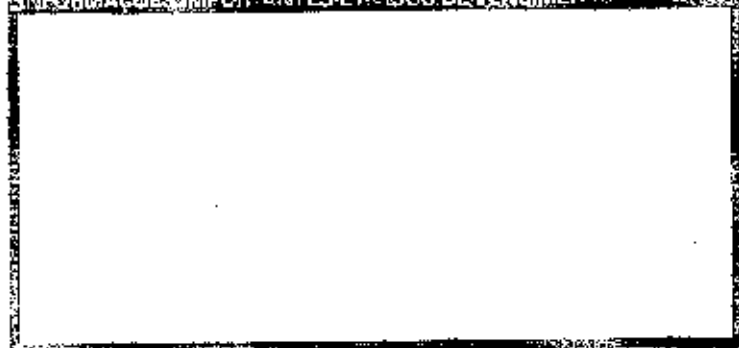
	Padrão Individual			Ajuste Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DJC (W)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,26	0,00
FG (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 24 meses)**



Mês Consumo

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AUSENTES DE VENCIMENTO**



Autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

**8525011-2**

Nº da Nota Fiscal: **538737102**

Total a Pagar (R\$): **67,58**

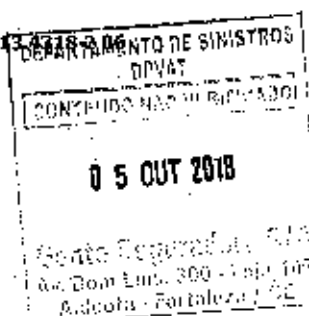
Data de Emissão:

**10/09/2018**

Referência: **AGO/2018**

Nº de Controle: **0008525011 000134318210-4**

83840000000-6 67580031000-4 00085250110-2 00134318210-4



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **FABIANA MENEZES DE ABEVEDO**  
 RG: **3005028073284** **CE**  
 CPF: **046.013.703-45** **09/01/1991**  
 ENDERECO: **ANTONIO DONATO DE ABEVEDO IGURIA FERNANDES MENEZES DE ABEVEDO**  
 RESIDENCIA: **CE** **CE** **2**  
 VENCIMENTO: **04/09/2019** **01/02/2010**  
 VENCIMENTO: **04/09/2019**

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
 1277333760

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1277333760

LOCAL: **FORTALEZA, CE**  
 DATA: **19/04/2016**  
 ASSINATURA: **44662406443**  
**CE152979433**  
**DETRAN - CE (CERRA)**  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NA VERIFICADO  
**05 OUT 2018**  
 Sinto Seguradora S/A  
 Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
 Alagoinha - 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 **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 FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.013.703 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.145.733 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.145.733 / 08 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

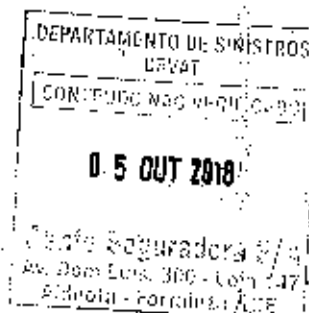
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>RUA PROFESSOR SILA RIBEIRO</b>		Número <b>420</b>	Complemento <b>AP 1002</b>
Bairro <b>PARICU</b>	Cidade <b>FORTALEZA</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>60.175-135</b>
Email <b>RECUSO</b>	Telefone comercial (DDD) <b>RECUSO</b>	Telefone celular (DDD) <b>RECUSO</b>	

FORTALEZA, 20 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Fabiana Negreiros de Azevedo  
Assinatura do Declarante



Hospital Maria Wanderlene Negreiro de Queiroz

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**ACIDENTE DE TRÂNSITO**

SUS

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

Nome: Leonardo dos Santos Rodrigues

Idade: 28<sup>ª</sup> Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Richebros

Município: Ibiapina

Filiação: Antonio de Araújo Rodrigues Rua dos Santos Rodrigues

Identidade: 2.004.786.299-5 CPF: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: Tempo = \_\_\_\_\_ C PA= 120 x 80 mmHg

Pulso= \_\_\_\_\_ bpm Respiração= \_\_\_\_\_ mrpm Peso= \_\_\_\_\_

 Data: 25/04/18

Assinatura do Responsável pelo preenchimento

Hora: 01:58

**ATENDIMENTO**

Diagnóstico: fratura completa de clavícula

CD primário: \_\_\_\_\_ CID Secundário: \_\_\_\_\_

Acidente de Trânsito (especificar o Veículo): Motocicleta

Procedimento / Conduta Realizada (a):  
Analgesia + Imobilização Temporária  
Encaminhamento p/ ortopedista

Condição de Alta: ( ) Curado (x) Transferência ( ) Melhorado ( ) A pedido ( ) Óbito ( ) Evasão

Ass. E Carimbo do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Ass. do Responsável / ou Paciente: Germana Lima de Carvalho

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPV41

CONSEUDO 2018-01-01

05 OUT 2018

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 1  
Alfama - Fortaleza - CE

BIAPINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA WANDERLENE NEGREIROS DE QUEIROZ



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: LUOTIANO DOM SANTOS RODRIGUES

Sexo: M Data de Nascimento: 04/11/89 Idade: 28 Anos

Município de Origem: Biapina ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua dos Santos Rodrigues

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: Barro Preto

CEP: 16369-380 UF: GO + 500003

Data de Admissão: 20/04/25 Hora: 04:58 Zangueiro: 80

SINAIS VITAIS

Peso: 54 kg Temperatura: 36 °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg

FR: \_\_\_\_\_ bpm FC: \_\_\_\_\_ bpm O2: \_\_\_\_\_ %

Classificação da Lesão:

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I - LESÃO DE GRAU I

Classificação de Risco:

- ☐ GRAU I - EMERGÊNCIA (VERDE) - Paciente de risco mínimo, sem necessidade de atendimento imediato.
- ☐ GRAU II - RISCO (AMARELO) - Necessidade de atendimento rápido, mas podem aguardar.
- ☐ GRAU III - RISCO (VERMELHO) - Paciente que requer atendimento imediato ou mesmo atendimento para evitar sequelas de saúde.
- ☐ GRAU IV - RISCO (VERMELHO) - Paciente que requer atendimento imediato ou mesmo atendimento para evitar sequelas de saúde.

Assinatura do Profissional:

Enfermeira  
COREN: 51957

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5500, 131 - CENTRO - Itapetininga - SP CEP: 13.132-000 Fone/Fax: 1653.11.32

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVA

CONTENDO MAPA DE SINISTROS

05 OUT 2018

Gerente Seguros: \_\_\_\_\_  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 107  
Aldoberto - Fortaleza - CE

# ATENDIMENTO MEDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA/EXAME FÍSICO

HISTÓRICO DIAGNÓSTICO

*Cravura*  
*fratura de clavícula "D"*

PROCEDIMENTO E CONDIÇÃO

*Uptagen - Long, 74*  
*clav. unguinal - Long, 74*

*Dr. Damião*  
*CRM-CE 1184*  
*CPF 007.380.152-1*  
MÉDICO  
Assinatura e carimbo

OPÇÃO POR NÃO REALIZAR EQUIPEMENTO/RELAÇÃO PRESCRITO PELO MÉDICO  
PLANTONISTA

Assinatura do Usuário/Responsável

DESTINO

( ) UCA ( ) Clínica  
( ) Teste de função ( ) Hospital de emergência ( ) Outro

*Ygoraingo Lameira de Carvalho*  
Assinatura do Usuário/Responsável

Endereço: Av. Manoel Romão de Melo, s/n - Centro - Itapipub - CE CEP: 02.380-000 Fone: 3652.27.20

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
UPVAT

CONDIÇÃO DE SINISTRO

05 OUT 2018

Unidade Seguradora: UPA  
Av. Dom Lucas, 300 - 1º andar  
Aracaju - Sergipe - CE



**RELATÓRIO MÉDICO**

Atestado para os devidos fins que o paciente **LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES**. Portador da Carteira de Identidade de nº 2007086299-5 SSP/CE e do CPF de nº 048.145.733-08, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido no dia 25-04-2018. O mencionado paciente foi socorrido para o hospital municipal de Ibiapina/CE, em seguida transferido para o hospital São Camilo, na cidade de Tianguá/CE. O referido paciente foi assistido nesta clínica por este profissional, com o seguinte diagnóstico: **POLITRAUMATISMO + FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**, o mencionado paciente foi submetido a **TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**. O referido paciente apresenta as seguintes seqüelas : **Debilidade e deformidade permanente, como também déficit motor do mmss direito (OMBRO E CLAVÍCULA DIREITOS)**, com perda parcial dos movimentos de supinação e rotação do ombro e clavícula direitos. Resultado em perda de 75% da função do ombro direito, perda de 75% da função da clavícula direita e perda de 50% da função do mmss direito. **CARACTERIZANDO ASSIM, INVALIDEZ DE CARATER PERMANENTE E IRREVESSÍVEL. O QUAL ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA A PARTIR DE 17-07-2018.**

**SÃO BENEDITO/CE, 17/07/2018.**

**Dr. Lucidio Fco Xavier**  
**Médico Crm 6831/CE**

**Dr. Lucidio Fco. Xavier**  
**Médico**  
**CRM 6831**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONT. DO SINISTRO
05 OUT 2018
Santa Seguros S.A.
Av. Dom Inês, 300 - Lapa 147
Aldeia, Fortaleza, CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007086299 - 5 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2008

NOME  
LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

FILIAÇÃO  
ANTONIO DE ARAUJO RODRIGUES  
EVA DOS SANTOS RODRIGUES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
IBIAPINA - CE 04/11/1989

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 10465 FOLHA: 272  
LIVRO: A046 IBIAPINA - CE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Foto

Assinatura: Leandro dos Santos Rodrigues

CARTEIRA DE IDENTIDADE

(88) 9.9626-2211  
9.9205-5656

MINISTÉRIO DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
048.145.733-08

Nome  
LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

Nascimento  
04/11/1989

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPVAT

CONT. Nº 111.111.111

05 OUT 2018

Genle Seg - 2018/01/1  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza - CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

**Nome:** FADIANA MENEZES DE ABEVEDO

**RG:** 3005028073284 - **UF:** CE

**CPF:** 046.013.703-45 **Data Nascimento:** 09/01/1991

**Nome do Pai:** ANTONIO DONATO DE ABEVEDO  
**Nome da Mãe:** IGURIA FERNANDES MENEZES DE ABEVEDO

**Sexo:** F **Altura:** 1.60 **Peso:** 55

**Validade:** 04/09/2019 **Exatidão:** 01/02/2010

**CPF:** 046733395844

**Assinatura:** *Fadiana Menezes de ABEVEDO*

**Local:** FORTALEZA, CE **Data:** 19/04/2016

**Assinatura do Detran:** *João Vitor* **CPF:** 44662406443  
**CE:** CE152979433

**DETRAN - CE (CERRA)**

**Dispositivo Especial de Transito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1277333760**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1277333760**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**05 OUT 2018**

União Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Alagoinha - Fortaleza / CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 9041623324  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTG EXERCÍCIO  
AKAR 01 735510814 0000000000 2011

NOME  
ANTONIO EDMILSON C DE AZEVEDO  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
SOBRAL/CE

CPF/CNPJ PLACA  
00901823325 HVH7264

PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/CE 9C2MC2700YR014418

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

RENDAIMENTO MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/19CV/196CC PARTIC ROXA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* \*\* \*\*/ \*\*/ \*\* 1ª \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2ª \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
274 06 1 06 279 27 00/00/0000

OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DO REGISTRO DATA  
SOBRAL 10/06/2011

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 9041623324 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO  
2011

CPF/CNPJ PLACA  
00901823325 HVH7264

RENDAIMENTO MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/CBX 200 STRADA 2000 2000

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/19CV/196CC PARTIC ROXA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
I \*\*\*\*\* \*\* \*\*/ \*\*/ \*\* 1ª \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2ª \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
274 06 1 06 279 27

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
274 06 1 06 279 27 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL DO REGISTRO DATA

SOBRAL 10/06/2011

Seguradora Líder dos Consórcios

do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
05 OUT 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldoberto - Fortaleza - CE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180470689

**Cidade:** Ibiapina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

**Data do acidente:** 25/04/2018

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio da clavícula direita

**Descrição do exame médico pericial:** Abulamento sugestivo de calo ósseo na clavícula. Limitação dos movimentos de abdução, flexão e extensão do ombro direito

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador com tipoia americana. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

**Sequelas permanentes:** Sequela anátomo funcional do ombro direito de grau leve

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Jose Wellington Menezes

**CRM do médico:** 10432

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180470689

**Nome do(a) Examinado(a):** LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA JOSE ELIOMAR DAMASCENO, S/N -  
IBIAPINA/CE - CEP 62360-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 20070862995 - SSP-CE

**Data e Local do Acidente :** 25/04/2018 - SÍTIO TAUÃ - IBIAPINA-CE

**Data e Local do Exame :** 24/10/2018 RUA CEL JOÃO CICERO MEMÓRIA,  
244 - GUARACIABA DO NORTE/CE - CEP 62380-000

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO COM TIPOIA AMERICANA, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. RELATA NÃO TER REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA DESDE JULHO DE 2018 E COM SEQUELAS ESTABELECIDAS E NÃO MAIS PASSÍVEIS DE REVERSÃO.

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

APRESENTA DISCRETA TUMORAÇÃO EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA SUGESTIVA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA COM FORMAÇÃO DE CALO ÓSSEO E LEVE LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

OMBRO DIREITO

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**





Dr. Wellington e Melo  
MÉDICO  
CREMEC 10432

---

JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERRA DE MENEZES CRM : 10432  
/ UF :CE



# DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER

Eu, LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES, vítima de acidente automobilístico no dia 25/04/2018, condutor da motocicleta de PLACA HVL-7264/CE veículo de propriedade de FILANTO EDMILSON CASTRO DE AZEVEDO Venho informar junto a Seguradora Líder que o proprietário do veículo (    ) recusou-se ou ( ☒ ) não foi localizado para assinar a declaração do proprietário do veículo para juntar ao processo de invalidez.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

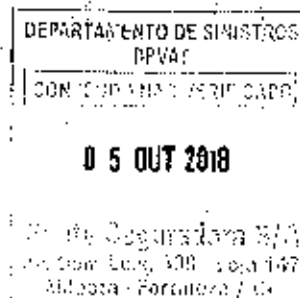
"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: IBIAPINA UF: PE Data: 30/05/18

OFÍCIO

Leandro dos Santos Rodrigues



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: <b>LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES.</b>		Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b>	Profissão: <b>AGRICULTOR</b>	CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº: <b>2007086299-5 SSP/CE.</b>
CPF nº: <b>048.145.733-08</b>	Endereço: <b>RU JOSE ELIOMAR DAMASCENO - 00000.</b>	
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade: <b>IBIAPINA</b>	Estado: <b>CEARÁ</b> CEP: <b>62.360-000</b>

### OUTORGADO:

Nome: <b>FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO</b>		Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>
Estado Civil: <b>SOLTEIRA</b>	Profissão: <b>ADVOGADA</b>	Carteira de Identidade: <b>2005028073284</b>
CPF nº: <b>046.013.703-45</b>	Endereço: <b>RUA PROFESSOR SÍLA RIBEIRO, 420, AP 1002</b>	
Bairro: <b>PAPICU</b>	Cidade: <b>FORTALEZA</b>	Estado: <b>CEARÁ</b> CEP: <b>60.175-135</b>

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

**OBS.:** É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

IBIAPINA 1<sup>CE</sup> 30 de MAIO de 20 18



Leandro dos Santos Rodrigues  
**OUTORGANTE**

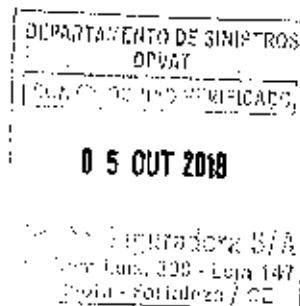
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Reconheço por:  
☒ Autenticidade    ☐ Semelhança  
 A(s) firma(s) de Leandro dos Santos Rodrigues

Em test. [Assinatura] de [Assinatura]

Aquino Raimundo 30 de MAIO de 2018



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367431/18

**Vítima:** LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES

**CPF:** 048.145.733-08

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 25/04/2018

**Titular do CPF:** LEANDRO DOS SANTOS  
RODRIGUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO : 046.013.703-45

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### LEANDRO DOS SANTOS RODRIGUES : 048.145.733-08

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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: 05/10/2018  
Nome: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO  
CPF: 046.013.703-45

FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018  
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS  
CPF: 054.403.453-88

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS