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 **WARD.20.00166492-1** em **07/10/2020 11:36:33**.
- 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	: Ararendá
Processo	: 0050380-73.2020.8.06.0037
Protocolo	: WARD.20.00166492-1
Tipo da petição	: Contestação
Assunto principal	: Seguro
Data/Hora	: 07/10/2020 11:36:33

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*	: 2756726_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação	: 2756726_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf
Documentação	: 2756726_CONTESTACAO_Anexo_02 - 15-26.pdf
Documentação	: 2756726_CONTESTACAO_Anexo_02 - 27-29.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

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 00503807320208060037

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 **ANTONIA BARROS DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **17/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/04/2019**.

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$ 1.012,50 (um mil e doze 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[1], 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[2].

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[3].

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

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

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

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

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

DO 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$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 1.012,50 (um mil e doze 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 **17/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos).**

---

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)

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[4].

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[5].

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$ 1.012,50 (UM MIL E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

---

[4] RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[5] **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

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[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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[7].

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[8]

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.

---

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO 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 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).*

[7] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[8] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

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

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARARENDA, 6 de outubro 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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o 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 **ANTONIA BARROS DE SOUSA**, em curso perante **a ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ARARENDA**, nos autos do Processo nº 00503807320208060037.

Rio de Janeiro, 6 de outubro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564472 **Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA**

Data do Acidente: 17/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

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. 01929/01930 - carta_01 - INVALIDEZ
00020965

Carta nº 14843458

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

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

Pag. 01799/01800 - carta_03 - INVALIDEZ
00070900

Carta nº 14854068

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564472 **Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA**

Data do Acidente: 17/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 00567/00568 - carta_25 - INVALIDEZ
00040284

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564472 **Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA**

Data do Acidente: 17/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

Pag. 00695/00696 - carta_15R - INVALIDEZ

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R$ 1.012,50

Recebedor: **ANTONIA BARROS DE SOUZA**
Valor: **R$ 1.012,50**
Banco: **237**
Agência: **000005440-2**
Conta: **000001000148-0**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190564472 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 3° metacarpo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 3° dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 20°, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do 3° metacarpo direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 17/02/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do 3° metacarpo direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do 3º dedo da mão direita. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional parcial e incompleta do 3º dedo da mão direita, em grau intenso, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**7,5 %**	**R$ 1.012,50**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: 3190564472

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIA BARROS DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): RU MARIA CLARICE TAVARES, 0, , 62.200-000, VERMELHO, Nova Russas/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP SP / 253505483

Data e local do acidente: 17/02/2019 - Nova Russas/CE

Data e local do exame: 27/01/2020 - Sobral/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do 3° metacarpo direito.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do 3° metacarpo direito. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no 3º dedo da mão direita, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do 3° dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 20°, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Perda funcional parcial e incompleta do 3º dedo da mão direita, devido à redução da mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".
Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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" (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 ás regiões corporais acometidas.

3° Dedo da Mão Direita - Intenso - 75%

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	390675.213-53	ANTONIA BARROS DE SOUZA

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

6 - Nome completo:			6 - CPF:
ANTONIA BARROS DE SOUZA			390675.213-53
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AO LAR	RUA MARIA CLARICE TAVARES	1000	—
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VILMELIO	NOVA RUSSAS	CEARÁ	62.200000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R 1.00 A R 1.000,00 ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5440 (2) (Informar o dígito se existir) CONTA: 1000148-0 ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:
☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVA RUSSAS, 30.09.2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Antonia Barros de Souza

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

FLS_____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019239914

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 610 - 311 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/04/2019 08:34:16**
Data / Hora da Ocorrência: **17/02/2019 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA 265**
Complemento:
Município: **NOVA RUSSAS/CE**
Bairro:
Ponto de Referência: **ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A TAMBORIL**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA BARROS DE SOUZA**
Nascimento: **29/06/1966** CPF: UF: **SP**
RG: **253505483** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FRANCISCA MARIA DE MESQUITA**
PEDRO LOPES DE BARROS
Endereço: **RUA MARIA CLARICE TAVARES, 704**
CEP: **62.200-000**
Bairro: **PANTANAL**
Município: **NOVA RUSSAS/CE**
Telefone:
País: **BRASIL**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO EM 03 OUT 2019

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ2368** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi: **9C2KC1660FR049007** Renavam: **1063432372** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **JOSE ALMIR DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

informa a noticiante que foi vítima que foi vítima de acidente de trânsito; Que é habilitada na categoria "AB",registro 06446817586/CE; Que na data e horários acima mencionados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN EX 2015/2015, COR BRANCA, PLACA: PNJ2368, pela estrada CE 265, que liga NOVA RUSSAS A TAMBORIL quando em dado momento que devido sofrer de labirintite, em dado momento sentiu tonturas, perdeu o controle da motocicleta e caiu; Que com a queda chocou-se cm o solo; Que logo após o acidente foi socorrida para o HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ GONÇALVES ROSA em NOVA RUSSAS; Que ficou constatado que a noticiante sofreu uma fratura na mão direita; Que o fato foi registrado em radiograma da Polícia Militar; E nada mais disse.///

As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes dos arts 339 e 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

x Antonia

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

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019239914

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 610 - 311 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : WANDERLEY VIEIRA LIMA - MAT.: 3012376X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonia Dalia Souza

VISTO DO DELEGADO(A) : FRANCISCO JAILTON SILVA RODRIGUES - MAT.: 30120361

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 03 OUT 2019
Nome:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	390675.213-53	ANTONIA BARROS DE SOUZA

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

6 - Nome completo:			6 - CPF:
ANTONIA BARROS DE SOUZA			390675.213-53
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AO LAR	RUA MARIA CLARICE TAVARES	1000	—
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VILMELIO	NOVA RUSSAS	CEARÁ	62.200000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R 1.00 A R 1.000,00 ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5440 (2) (Informar o dígito se existir) CONTA: 1000148-0 ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:
☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVA RUSSAS, 30.09.2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Antonia Barros de Souza

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA BARROS DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05440-2

CONTA: 000001000148-0

Nr. Autenticação

BRADESCO040320200500000000002370544000001000148101250 PAGO

enel

Nº do Cliente: 1833419

A Tarifa Social de Energia foi criada pela Lei nº 10.4... de 28 de abril de 2002.

Companhia Energética de ...
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 008954975

Rota NR017U03
Nome JOSE ALMIR DE SOUZA
Endereço RU MARIA CLARICE TAVARES, 0000, VERMELHO, 62200-000, NOVA RUSSAS
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Referência 07/2019
Emissão 26/07/2019
Medidor 2050865-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

46962E3B24AF778C5D23E9378C5F8604

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA 32 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
24/06/2019	26/07/2019	26/08/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incol. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	45.794	45.445	1,00	349	00	349	0,76146	265,75

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR (R$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	51,71
CONSUMO	0,76146	265,75
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01745	6,09
BONUS ITAIPU	-	-3,16

Contato
88.992904404
88.996037786

Tributo:	Base (R$):	Alíquota (%):	Valor (R$):
ICMS	271,84	27,00	73,39
PIS	271,84	0,62	1,67
COFINS	271,84	2,86	7,76

VENCIMENTO 02/08/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 320,39

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 233.795.023-91

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
136,24	0,00	0,00%

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 25/06 - 30/06 Amarela : 01/07 - 26/07

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO 03 OUT 2019
Nome:

7591441

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105-848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 007563200

Rota NR018U03
Nome ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
Endereço RU HERMENEGILDO MARTINS, 00323 - AP APTO,
Classificação ERMELHO, 62200-000, NOVA RUSSAS
Modalidade Tarifária Residencial Plena
Ligação B1 RESIDENCIAL

Referência 08/2019
Emissão 27/08/2019
Medidor [illegible]

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	P.F.	Próxima prevista
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R$/MWh)	Valor (R$)
FP	9.118	8.957	1,00	161	00	161	0,80814	130,11

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR (R$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	23,77
CONSUMO	0,80814	130,11
JUROS MORATÓRIOS	-	1,09
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00273	0,44
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05298	8,53
MULTA	-	2,52

Tributo:	Base (R$):	Alíquota (%):	Valor (R$):
ICMS	139,08	27,00	37,55
PIS	139,08	1,35	1,85
COFINS	139,08	6,16	8,55

VENCIMENTO 11/09/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 166,46

CONSUMO CORRENTE

CPF/CNPJ 416.362.523-20

EMISSÕES DE CO_2 kg/MWh Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO_2) | Compensado kg (CO_2) | Consciência Ecológica (%CO_2) 0 100

[illegible]

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R$149,03). A inadiplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000007591441.

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 28/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 27/08

DEBITOS ANTERIORES
MES/ANO VALOR(R$)
07/2019 149,03
Total: 08 149,03

Nº do Cliente: 7591441
Data de Emissão: 27/08/2019
Nº da Nota Fiscal: 007563200

Referência: 08/2019
Total a Pagar (R$): 166,46
Nº de Controle: 50000887758

V:[1.0.0.4]

83840000001 4 66460031020 0 00217950007 0 00007591441 7

83840000001 4 66460031020 0 00217950007 0 00007591441 7

A Tarifa Social de Energia Elétrica

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO 03 OUT 2019
Nome:

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO EUCELIO PEREIRA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 416362.523-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIA BARROS DE SOUZA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 390.675.213-53,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIA BARROS DE SOUZA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 390.675.213-53, 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: R. HORMIGUEIRO MARTINS		Número: 323	Complemento:
Bairro: PATRIMATU	Cidade: NOVA RUSSAS	Estado: CE	CEP: 62.200.000
E-mail:			Tel.(DDD):

Local e Data: NOVA RUSSAS 30.09.2019

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 03 OUT 2019
Nome:

DLDRL.001 V001/2017

PREFEITURA DE NOVA RUSSAS
COM CERTEZA UM NOVO TEMPO

Hospital Municipal José Gonçalves Rosa
R. Dr. Osvaldo Martins, 833 - Nova Russas/CE
Timbaúba - C.E.P: 62200-000
www.novarussas.ce.gov.br

CNPJ:
Telefone:**(88) 3672-6035**
Email:**email@hotmail.com**

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: **17843 ANTÔNIA BARROS DE SOUZA**		Data - Hora **17/02/2019 - 10:00**		Atendimento **30498**
Cartão Nacional de Saúde(CNS) **898004276691372**	Documento	Data de Nascimento **29/06/1976**	Idade **42**	Sexo **F**
Nome da Mãe **FRANCISCA MARIA DE MESQUITA**	Nome do Pai **PEDRO LOPES DE BARROS**	Tel.: Contato **88-99450-052**	convênio **SUS BPA**	
Endereço: **MARIA CLARICE TAVARES**	Nº: **704**	Bairro: **PANTANAL**	Cidade/UF **NOVA RUSSASCE**	CEP **62200000**
Médico:	P.S.F: **PANTANAL**	Agente de Saúde:		

História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal: QUEDA CICLISTA ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
Historia: APÓS, CRIU AX [illegible]

Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C
Pressao Arterial: 140X10 mmHg
Frequência Cardíaca: 86 bpm
Frequência Respiratória:
Glicemia:
Sp02: 98%
Peso:
Altura:
IMC:
Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. REFERE ALGIA E DIFICULDADE DE MOVIMENTAR MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO. EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.
Escala de Glasgow:

Hipótese/Conclusão Disgnóstica

CID10:
Diagnóstico:
Hipótese Diagnóstico:

Conduta/Tratamento

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBI 03 OUT 2019
Nome:

Medicamentos

Exames Solicitados

Recepcionista / Ivenaldo

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou ResponsávelSaida

SAOCAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CNPJ 60.975.737/0076-79
RUA UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - 63700000 - CRATEUS - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA necessita afastar-se de suas atividades de 16/04/2019 (terça-feira) até 16/05/2019 (quinta-feira), para tratamento médico.

Observações
FRATURA DO 3° METACARPO D

CRATEUS - CE, 16 de abril de 2019 - 12:45

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO 03 OUT 2019
Nome:

PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICÍPAL DE NOVA RUSSAS
SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

Centro de Especialidades da Saude
Dr. Francisco Scarcelo Jorge
SETOR DE FISIOTERAPIA
Nova Russas CE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Centro de Especialidades da Saúde

Nome: Antonia Barros de Sousa

Endereço: R. Maria Clarice Soares, 704 Pantanal

Declaro para os devidos fins de direito que a paciente supracitada foi encaminhada para o tratamento fisioterapêutico com diagnóstico de fratura do 3° metacarpo da mão direita

Foi realizado 15 sessões de fisioterapia neste setor durante o período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes
Fisioterapeuta
CREFITO 28290 - F

30/08/2019
Data

Carimbo e Assinatura

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO 03 OUT 2019
Nome:

PREFEITURA DE NOVA RUSSAS
COM CERTEZA UM NOVO TEMPO

Hospital Municipal José Gonçalves Rosa
R. Dr. Osvaldo Martins, 833 - Nova Russas/CE
Timbaúba - C.E.P: 62200-000
www.novarussas.ce.gov.br

CNPJ:
Telefone:**(88) 3672-6035**
Email:**email@hotmail.com**

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: **17843 ANTÔNIA BARROS DE SOUZA**		Data - Hora **17/02/2019 - 10:00**		Atendimento **30498**
Cartão Nacional de Saúde(CNS) **898004276691372**	Documento	Data de Nascimento **29/06/1976**	Idade **42**	Sexo **F**
Nome da Mãe **FRANCISCA MARIA DE MESQUITA**	Nome do Pai **PEDRO LOPES DE BARROS**	Tel.: Contato **88-99450-052**	convênio **SUS BPA**	
Endereço: **MARIA CLARICE TAVARES**	Nº: **704**	Bairro: **PANTANAL**	Cidade/UF **NOVA RUSSASCE**	CEP **62200000**
Médico:	P.S.F: **PANTANAL**	Agente de Saúde:		

História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal: QUEDA CICLISTA ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
Historia: APÓS, CRIU AX [illegible]

Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C
Pressao Arterial: 140X10 mmHg
Frequência Cardíaca: 86 bpm
Frequência Respiratória:
Glicemia:
Sp02: 98%
Peso:
Altura:
IMC:
Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. REFERE ALGIA E DIFICULDADE DE MOVIMENTAR MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO. EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.
Escala de Glasgow:

Hipótese/Conclusão Disgnóstica

CID10:
Diagnóstico:
Hipótese Diagnóstico:

Conduta/Tratamento

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBI 03 OUT 2019
Nome:

Medicamentos

Exames Solicitados

Recepcionista / Ivenaldo

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou ResponsávelSaida

SAOCAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CNPJ 60.975.737/0076-79
RUA UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - 63700000 - CRATEUS - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA necessita afastar-se de suas atividades de 16/04/2019 (terça-feira) até 16/05/2019 (quinta-feira), para tratamento médico.

Observações
FRATURA DO 3° METACARPO D

CRATEUS - CE, 16 de abril de 2019 - 12:45

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO 03 OUT 2019
Nome:

PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICÍPAL DE NOVA RUSSAS
SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

Centro de Especialidades da Saude
Dr. Francisco Scarcelo Jorge
SETOR DE FISIOTERAPIA
Nova Russas CE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Centro de Especialidades da Saúde

Nome: Antonia Barros de Sousa

Endereço: R. Maria Clarice Soares, 704 Pantanal

Declaro para os devidos fins de direito que a paciente supracitada foi encaminhada para o tratamento fisioterapêutico com diagnóstico de fratura do 3° metacarpo da mão direita

Foi realizado 15 sessões de fisioterapia neste setor durante o período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes
Fisioterapeuta
CREFITO 28290 - F

30/08/2019
Data

Carimbo e Assinatura

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO 03 OUT 2019
Nome:

PREFEITURA DE NOVA RUSSAS
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICÍPAL DE NOVA RUSSAS
SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Endereço: _____

RELATORIO MEDICO

Atesto para os devidos fins, que Raffaela Barros de Sousa foi vítima de acidente de trânsito, ocorrido em 17/02/19, apresentando fratura no 3º metacarpo da mão direita com deformidade de 60°, submetida a tratamento conservador. Encontra-se de alta definitiva.

15/01/2020
Data

Carimbo e Assinatura

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ANTONIA BARROS DE SOUZA

253505483 SSP 89

390.675.213-53 29/06/1986

PEDRO LOPES DE BARROS

FRANCISCA MARIA DE MESQUITA

AB

06446917586 05/02/2020 25/08/2015

SEM OBSERVAÇÃO:

Antonia barros de Souza

CRATEUS, CE 09/09/2016

01651640036
CE155197665

DETRAN CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1351468059

PROIBIDA PLASTIFICAR

1351468059

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 03 OUT 2019
Nome:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
REC 03 OUT 2019
Nome:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

CPF: 390.675.213-53

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2019

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA : 416.362.523-20

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

ANTONIA BARROS DE SOUZA : 390.675.213-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Número do Sinistro: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do acidente: 17/02/2019

CPF: 390.675.213-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIA BARROS DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão NÃO DECLAROU, residente e domiciliado à Rua MARIA CLARICE TAVARES nº ....., bairro VERMELHO Município de NOVA RUSSAS Estado de(o) CEARÁ Cep.: 62.200-000 portador(a) do Rg nº 253.505484 SSP/..... e CPF nº 350.675.213-53

Outorgado: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão NÃO DECLAROU, residente e domiciliado(a) à Rua HERMENEGILDO MARTINS nº 323, bairro PATRIMONIO Município de NOVA RUSSAS, Estado de (o) CEARÁ Cep.: 62.200-000 portador (a) do RG nº 9500228516 SSP/ CE e CPF nº 416.362.523-20

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA, ocorrido em 17.02.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo: INVALIDEZ

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

NOVA RUSSAS, 09 de JULHO de 2019.

2º Ofício NOVA RUSSAS - CE

Antonia Barros de Souza
Outorgante
CPF Nº .....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
RECEBIDO 03 OUT 2019
Nome:

Reconheço a(s) firma(s) de (X) por Autenticidade ( ) por Semelhança
Antonia Barros de Souza
É REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ NOVA RUSSAS - CE
11 JUL 2019
Valido somente com o selo de Autenticidade
Bel. Frederico Heberth Carvalho de Santana - Titular
Humberto Carvalho de Santana - Substituto

CARTÓRIO CERVEIRA
2º Ofício
Nova Russas - Ceará
Maria Aline Martins Gomes
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do acidente: 17/02/2019

CPF: 390.675.213-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA : 416.362.523-20

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

ANTONIA BARROS DE SOUZA : 390.675.213-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Número do Sinistro: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do acidente: 17/02/2019

CPF: 390.675.213-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA