



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 **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](#)

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 ARARENDÁ/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

### **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 **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<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

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

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

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

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

### **DO MÉRITO**

#### **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>.

---

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

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

<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**

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, 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\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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)**.

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

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

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

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

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

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)**.

---

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

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

## 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.

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.

---

<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 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).

<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.

## 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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ARARENDÁ, 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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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 **ARARENDÁ**, 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

---

**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

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:

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentação médico-hospitalar</b> | 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



---

**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



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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## 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 3º metacarpo direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do 3º 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 3º 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 3º 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          |

**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 3º 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 3º 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 pericárdio.

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

Ao exame físico do 3º 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. Nexos 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (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.

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:

  
Dr. Grete Freitas Casalsante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico





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

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:  
Bairro:  
Município: **NOVA RUSSAS/CE**  
Ponto de Referência: **ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A TAMBORIL**

**Noticiante(s)**

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

CEP: **62.200-000**

Telefone:

**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 *Antônia*

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

Consolidado em: 12/04/2019 09:03:16

Pág. 1 de 2

Impresso em: 12/04/2019 09:03:16



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



Impresso nº 2019239914

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 610 - 311 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

Wanderley Vieira Lima  
**WANDERLEY VIEIRA LIMA - MAT.: 3012376X**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Antonia Laila Souza

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

Francisco Jailton Silva Rodrigues  
**FRANCISCO JAILTON SILVA RODRIGUES - MAT.: 30120361**



43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41- Assinatura de vítima/beneficiário (decisante)

40 - Local e Data.

37 - (e) Assinatura de quem assina a rolo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a nota/pedido

35 - Nome legal de quem assina a carta/pedido

8

Esta publicação é crime previsto no artigo 293 do Código Penal.

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aquelles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando dentro, 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 253 do Código Penal.

|             |                              |                              |                                |                              |                              |                    |                              |                              |             |                              |                              |                                |                              |                              |                    |                              |                              |
|-------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|-------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| 28 - Vítima | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 30 - Vítima deixou | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 33 - Vítima deixou | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|-------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|-------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau ☐ 4º Grau ☐ 5º Grau ☐ 6º Grau ☐ 7º Grau ☐ 8º Grau ☐ 9º Grau ☐ 10º Grau ☐ 11º Grau ☐ 12º Grau ☐ 13º Grau ☐ 14º Grau ☐ 15º Grau ☐ 16º Grau ☐ 17º Grau ☐ 18º Grau ☐ 19º Grau ☐ 20º Grau ☐ 21º Grau ☐ 22º Grau ☐ 23º Grau ☐ 24º Grau ☐ 25º Grau ☐ 26º Grau ☐ 27º Grau ☐ 28º Grau ☐ 29º Grau ☐ 30º Grau ☐ 31º Grau ☐ 32º Grau ☐ 33º Grau ☐ 34º Grau ☐ 35º Grau ☐ 36º Grau ☐ 37º Grau ☐ 38º Grau ☐ 39º Grau ☐ 40º Grau ☐ 41º Grau ☐ 42º Grau ☐ 43º Grau ☐ 44º Grau ☐ 45º Grau ☐ 46º Grau ☐ 47º Grau ☐ 48º Grau ☐ 49º Grau ☐ 50º Grau ☐ 51º Grau ☐ 52º Grau ☐ 53º Grau ☐ 54º Grau ☐ 55º Grau ☐ 56º Grau ☐ 57º Grau ☐ 58º Grau ☐ 59º Grau ☐ 60º Grau ☐ 61º Grau ☐ 62º Grau ☐ 63º Grau ☐ 64º Grau ☐ 65º Grau ☐ 66º Grau ☐ 67º Grau ☐ 68º Grau ☐ 69º Grau ☐ 70º Grau ☐ 71º Grau ☐ 72º Grau ☐ 73º Grau ☐ 74º Grau ☐ 75º Grau ☐ 76º Grau ☐ 77º Grau ☐ 78º Grau ☐ 79º Grau ☐ 80º Grau ☐ 81º Grau ☐ 82º Grau ☐ 83º Grau ☐ 84º Grau ☐ 85º Grau ☐ 86º Grau ☐ 87º Grau ☐ 88º Grau ☐ 89º Grau ☐ 90º Grau ☐ 91º Grau ☐ 92º Grau ☐ 93º Grau ☐ 94º Grau ☐ 95º Grau ☐ 96º Grau ☐ 97º Grau ☐ 98º Grau ☐ 99º Grau ☐ 100º Grau ☐ 101º Grau ☐ 102º Grau ☐ 103º Grau ☐ 104º Grau ☐ 105º Grau ☐ 106º Grau ☐ 107º Grau ☐ 108º Grau ☐ 109º Grau ☐ 110º Grau ☐ 111º Grau ☐ 112º Grau ☐ 113º Grau ☐ 114º Grau ☐ 115º Grau ☐ 116º Grau ☐ 117º Grau ☐ 118º Grau ☐ 119º Grau ☐ 120º Grau ☐ 121º Grau ☐ 122º Grau ☐ 123º Grau ☐ 124º Grau ☐ 125º Grau ☐ 126º Grau ☐ 127º Grau ☐ 128º Grau ☐ 129º Grau ☐ 130º Grau ☐ 131º Grau ☐ 132º Grau ☐ 133º Grau ☐ 134º Grau ☐ 135º Grau ☐ 136º Grau ☐ 137º Grau ☐ 138º Grau ☐ 139º Grau ☐ 140º Grau ☐ 141º Grau ☐ 142º Grau ☐ 143º Grau ☐ 144º Grau ☐ 145º Grau ☐ 146º Grau ☐ 147º Grau ☐ 148º Grau ☐ 149º Grau ☐ 150º Grau ☐ 151º Grau ☐ 152º Grau ☐ 153º Grau ☐ 154º Grau ☐ 155º Grau ☐ 156º Grau ☐ 157º Grau ☐ 158º Grau ☐ 159º Grau ☐ 160º Grau ☐ 161º Grau ☐ 162º Grau ☐ 163º Grau ☐ 164º Grau ☐ 165º Grau ☐ 166º Grau ☐ 167º Grau ☐ 168º Grau ☐ 169º Grau ☐ 170º Grau ☐ 171º Grau ☐ 172º Grau ☐ 173º Grau ☐ 174º Grau ☐ 175º Grau ☐ 176º Grau ☐ 177º Grau ☐ 178º Grau ☐ 179º Grau ☐ 180º Grau ☐ 181º Grau ☐ 182º Grau ☐ 183º Grau ☐ 184º Grau ☐ 185º Grau ☐ 186º Grau ☐ 187º Grau ☐ 188º Grau ☐ 189º Grau ☐ 190º Grau ☐ 191º Grau ☐ 192º Grau ☐ 193º Grau ☐ 194º Grau ☐ 195º Grau ☐ 196º Grau ☐ 197º Grau ☐ 198º Grau ☐ 199º Grau ☐ 200º Grau ☐ 201º Grau ☐ 202º Grau ☐ 203º Grau ☐ 204º Grau ☐ 205º Grau ☐ 206º Grau ☐ 207º Grau ☐ 208º Grau ☐ 209º Grau ☐ 210º Grau ☐ 211º Grau ☐ 212º Grau ☐ 213º Grau ☐ 214º Grau ☐ 215º Grau ☐ 216º Grau ☐ 217º Grau ☐ 218º Grau ☐ 219º Grau ☐ 220º Grau ☐ 221º Grau ☐ 222º Grau ☐ 223º Grau ☐ 224º Grau ☐ 225º Grau ☐ 226º Grau ☐ 227º Grau ☐ 228º Grau ☐ 229º Grau ☐ 230º Grau ☐ 231º Grau ☐ 232º Grau ☐ 233º Grau ☐ 234º Grau ☐ 235º Grau ☐ 236º Grau ☐ 237º Grau ☐ 238º Grau ☐ 239º Grau ☐ 240º Grau ☐ 241º Grau ☐ 242º Grau ☐ 243º Grau ☐ 244º Grau ☐ 245º Grau ☐ 246º Grau ☐ 247º Grau ☐ 248º Grau ☐ 249º Grau ☐ 250º Grau ☐ 251º Grau ☐ 252º Grau ☐ 253º Grau ☐ 254º Grau ☐ 255º Grau ☐ 256º Grau ☐ 257º Grau ☐ 258º Grau ☐ 259º Grau ☐ 260º Grau ☐ 261º Grau ☐ 262º Grau ☐ 263º Grau ☐ 264º Grau ☐ 265º Grau ☐ 266º Grau ☐ 267º Grau ☐ 268º Grau ☐ 269º Grau ☐ 270º Grau ☐ 271º Grau ☐ 272º Grau ☐ 273º Grau ☐ 274º Grau ☐ 275º Grau ☐ 276º Grau ☐ 277º Grau ☐ 278º Grau ☐ 279º Grau ☐ 280º Grau ☐ 281º Grau ☐ 282º Grau ☐ 283º Grau ☐ 284º Grau ☐ 285º Grau ☐ 286º Grau ☐ 287º Grau ☐ 288º Grau ☐ 289º Grau ☐ 290º Grau ☐ 291º Grau ☐ 292º Grau ☐ 293º Grau ☐ 294º Grau ☐ 295º Grau ☐ 296º Grau ☐ 297º Grau ☐ 298º Grau ☐ 299º Grau ☐ 300º Grau ☐ 301º Grau ☐ 302º Grau ☐ 303º Grau ☐ 304º Grau ☐ 305º Grau ☐ 306º Grau ☐ 307º Grau ☐ 308º Grau ☐ 309º Grau ☐ 310º Grau ☐ 311º Grau ☐ 312º Grau ☐ 313º Grau ☐ 314º Grau ☐ 315º Grau ☐ 316º Grau ☐ 317º Grau ☐ 318º Grau ☐ 319º Grau ☐ 320º Grau ☐ 321º Grau ☐ 322º Grau ☐ 323º Grau ☐ 324º Grau ☐ 325º Grau ☐ 326º Grau ☐ 327º Grau ☐ 328º Grau ☐ 329º Grau ☐ 330º Grau ☐ 331º Grau ☐ 332º Grau ☐ 333º Grau ☐ 334º Grau ☐ 335º Grau ☐ 336º Grau ☐ 337º Grau ☐ 338º Grau ☐ 339º Grau ☐ 340º Grau ☐ 341º Grau ☐ 342º Grau ☐ 343º Grau ☐ 344º Grau ☐ 345º Grau ☐ 346º Grau ☐ 347º Grau ☐ 348º Grau ☐ 349º Grau

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Outro da vítima: ☐ Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo: ☐ N/A

DECLARACÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COLEGIADA DE MONTA

Se o médico não concordar com a decisão do Conselho, poderá recorrer ao Conselho de Recursos do Poder Judiciário.

[illegible]

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

☒ Não, não quero receber o registro de dados pessoais. ☐ O IML que atende a registro do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ Não há IMI que atenda à condição do acidente ou da minha residência; ou

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenação

23 - Preenchimento somente para cobertura de invalidez permanente

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

|                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

AGÊNCIA: 5440 70 CONTA: 0-8-0/0001

|                                                |                                                        |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (257)        | <input type="checkbox"/> Itaú (947)                    |

☐ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abertos. Assinalar uma opção)  
☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Bancoesul

1 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO (PAIS, CPMF/CMV/10100)

☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R 1.00 A R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00

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

19 - Profissão do Representante Legal:

- Nome completo do Representante Legal:

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

NEW-3 -

— BATES —

2000

ANT

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RASTREAMENTO DOS PRESOS

330070.7353 AN AN A - 14/05/2012 09:50:00

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| 3 - CPF da vítima:           | 700075272-3           |
| 4 - Nome completo da vítima: | PAULINA BARROS AGUIAR |

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

**FIDEL**

**PEDIDO DO SEGURO DPVAT**



**LIDER**

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

BRDESC0040320200500000000023705440000001000148101250 PAGO

**Nº do Cliente:** 1833419  
**Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única | Nº:** 008954975  
**Referência:** 07/2019

**Rota:** HR017U03  
**Nome:** JOSE ALMIR DE SOUZA  
**Endereço:** RU MARIA CLARICE TAVARES, 00000, VERMELHO,  
 62200-000, NOVA RUSSAS  
**Classificação:** Residencial Pleno  
**Modalidade Tarifária:** B1 RESIDENCIAL  
**Ligação:** Monofásica  
**Ensaio:** 26/07/2019  
**Medidor:** 2050865 - FAE-006

**ÁREA RESERVADA AO FISCO:** 46952E204F770C902E9870C5F86C4  
**DADOS DE LECTURA:** P.F. 1-52 dias  
 Anterior: 24-06/2019  
 Atual: 25-07/2019  
 Próxima prevista: 26-08/2019

**DADOS DA MEDIÇÃO**

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Consumo Mês (kWh) | Consumo Ind. (kWh) | Consumo Rel. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------|
| FP    | 45.754      | 45.415         | 1,20              | 0,49               | 0,00               | 0,75146          | 265,75      |

**DADOS DO FATURAMENTO**

|                           | TARIFA  | VALOR (R\$) |
|---------------------------|---------|-------------|
| CIP - ILUM PUB PREF MUNIC | -       | 51,71       |
| CONSUMO                   | 0,75146 | 265,75      |
| ADICIONAL BAND. AMARELA   | 0,01745 | 0,09        |
| BÔNUS 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:** 293.795.023-91  
 EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Companhia suas emissões pelo consumo de energia elétrica:  
 Emitido kg CO<sub>2</sub> Compensado kg CO<sub>2</sub> Divergência Ecológica (kg CO<sub>2</sub>)

**Informações ao cliente:**  
 Períodos: Band. Tarif.: Verde: 25/06 - 30/06 Amarela: 01/07 - 26/07

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

7591441

Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Vitorino, 190  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 02041281/0001-70 | CDP 06.105.848-3

Para utilizar este atendimento, utilize o nº de acesso  
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | BOMBA ONICA | Nº 007563200

Rota NR018U03 Referência 08/2019  
Nome ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA  
Endereço RU HERMENEGILDO MARTINS, 00323 - AP APTG,  
Classificação VERMELHO, 62200-000, MCVA RUSSAS  
Modalidade Tarifária Residencial Pleno Emissão 27/08/2019  
Ligação B1 RESIDENCIAL Medidor 5743458-015-076

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DATAS DE LEITURA  
Anterior 15-08-2019 Atual 15-09-2019 Próxima prevista 20-09-2019

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Consumo | Consumo Mês (KWh) | Consumo Incl. (KWh) | Consumo Excl. (KWh) | Tarifa (R\$/KWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|---------|-------------------|---------------------|---------------------|------------------|-------------|
| EP    | 7.118       | 6.957          | 1.20    | 161               | 60                  | 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        |

VERBAMENTO 15/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 166,46

CONSUMO COMPENSADO 416.362.523-20

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/KWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consistência Ecológica (NCO) 0 100

62235/2020/00-11111

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$149,03). A inadimplência 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. Poderá 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.

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

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

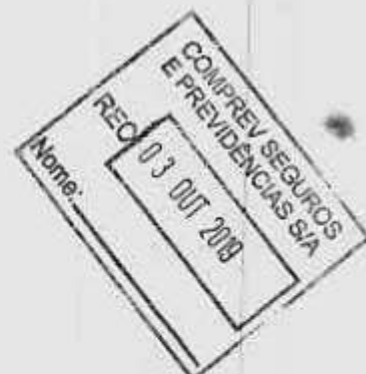
Nº do Cliente: 7591441 Referência: 08/2019 V: [1.0.0.4]  
Data de Emissão: 27/08/2019 Total a Pagar (R\$): 166,46  
Nº da Nota Fiscal: 007563200 Nº de Controle: 50000887758

838400000014 66460031020 0 00217950007 0 000075914417



838400000014 66460031020 0 00217950007 0 000075914417

A Santa Social de Energia Elétrica





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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 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>1</sup>.

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

Pelo exposto, eu ANTONIO ELIEZ PEREIRA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 416.362.523-20, 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:

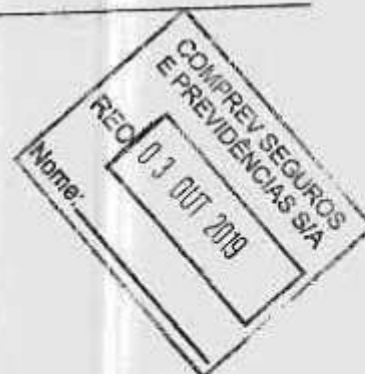
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas de lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                           |                           |                        |
|-------------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Endereço: <u>R. HERMENE GILDO MARTINS</u> | Número: <u>323</u>        | Complemento:           |
| Bairro: <u>PATRONATU</u>                  | Cidade: <u>NOVA RUSSA</u> | Estado: <u>CE</u>      |
| E-mail:                                   |                           | CEP: <u>62.200.000</u> |
|                                           |                           | Tel. (DDD):            |

Local e Data: NOVA RUSSA 30.09.2013

  
Assinatura do Declarante





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO

**Hospital Municipal José Gonçalves Rosa**  
**R. Dr. Osvaldo Martins, 833 - Nova Russas/CE**  
**Timbaúba - C.E.P: 6 200-000**  
**www.novarussas.ce.gov.br**

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

### FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

|                                                         |  |                                                   |  |                                             |                                      |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| Nome:<br><b>17843 ANTÔNIA BARROS DE SOUZA</b>           |  | Data - Hora<br><b>17/02/2019 - 10:00</b>          |  | Atendimento<br><b>30498</b>                 |                                      |
| Cartão Nacional de Saúde(CNS)<br><b>888004276691372</b> |  | Documento                                         |  | Data de Nascimento<br><b>29/06/1976</b>     | Idade<br><b>42</b>                   |
| Sexo<br><b>F</b>                                        |  | Nome da Mãe<br><b>FRANCISCA MARIA DE MESQUITA</b> |  | Nome do Pai<br><b>PEDRO LOPES DE BARROS</b> | Tel.: Contato<br><b>88-99450-052</b> |
| convênio<br><b>SUS BPA</b>                              |  | Endereço:<br><b>MARIA CLARICE TAVARES</b>         |  | Nº:<br><b>704</b>                           | Bairro:<br><b>PANTANAL</b>           |
| Cidade/UF<br><b>NOVA RUSSAS/CE</b>                      |  | CEP<br><b>62200000</b>                            |  | Médico:                                     |                                      |
| P.S.F:<br><b>PANTANAL</b>                               |  | Agente de Saúde:                                  |  |                                             |                                      |

#### História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal:

História:

*Queixa Principal: Dor no abdômen  
História: Paciente com dor no abdômen há alguns dias, sem febre, náusea ou vômito.*

#### Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C

Frequência Cardíaca: 86 bpm

Glicemia:

Peso:

Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

REFERE ALGUA DIFICULDADE DE MOVIMENTAR MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO.

EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.

Escala de Glasgow:

Pressão Arterial: 140X10 mmHg

Frequência Respiratória:

SpO2: 98%

Altura:

IMC:

#### Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:

Diagnóstico:

Hipótese Diagnóstico:

#### Conduta/Tratamento

#### Medicamentos

#### Exames Solicitados

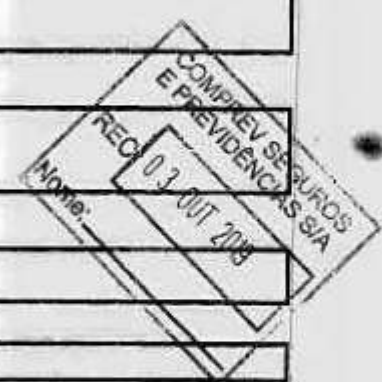
#### Prescritor / Ivenaldo

*Dr. Marciano de Oliveira*

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável Saída

*Ass. Paciente ou Responsável Saída*





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

Impressão: 16/04/2019 12:45

Página 1

12018001

## 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.

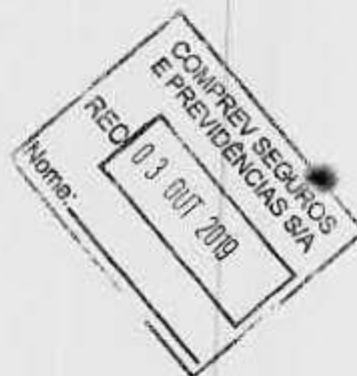
Observações

FRATURA DO 3º METACARPO D

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

JAMIL SANCHES JORQUE, CRM 6945

*Dr. Jamil Sanches Jorques*  
CRM 6945





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO  
Centro de Especialidades da Saúde  
Dr. Francisco Scarceia Jorge  
SETOR DE FISIOTERAPIA  
Nova Russas, CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Centro de Especialidades da Saúde

Nome: Antônia Barros de Souza

Endereço: R. Maria Cláudia 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 3º metacarpo da mão direita. Foi realizado 15 sessões de fisioterapia no período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Fisioterapeuta

CREFHO 28290 - F

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Carimbo e Assinatura

30/08/2019

Data

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





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
CONSTRUINDO UM NOVO TEMPO

**Hospital Municipal José Gonçalves Rosa**  
**R. Dr. Osvaldo Martins, 833 - Nova Russas/CE**  
**Timbaúba - C.E.P: 6 200-000**  
**www.novarussas.ce.gov.br**

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

### FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

|                                                         |  |                                                   |  |                                             |                                      |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| Nome:<br><b>17843 ANTÔNIA BARROS DE SOUZA</b>           |  | Data - Hora<br><b>17/02/2019 - 10:00</b>          |  | Atendimento<br><b>30498</b>                 |                                      |
| Cartão Nacional de Saúde(CNS)<br><b>888004276691372</b> |  | Documento                                         |  | Data de Nascimento<br><b>29/06/1976</b>     | Idade<br><b>42</b>                   |
| Sexo<br><b>F</b>                                        |  | Nome da Mãe<br><b>FRANCISCA MARIA DE MESQUITA</b> |  | Nome do Pai<br><b>PEDRO LOPES DE BARROS</b> | Tel.: Contato<br><b>88-99450-052</b> |
| convênio<br><b>SUS BPA</b>                              |  | Endereço:<br><b>MARIA CLARICE TAVARES</b>         |  | Nº:<br><b>704</b>                           | Bairro:<br><b>PANTANAL</b>           |
| Cidade/UF<br><b>NOVA RUSSAS/CE</b>                      |  | CEP<br><b>62200000</b>                            |  | Médico:                                     |                                      |
| P.S.F:<br><b>PANTANAL</b>                               |  | Agente de Saúde:                                  |  |                                             |                                      |

#### História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal:

História:

*Queixa Principal: Dor no abdômen  
História: Paciente com dor no abdômen há alguns dias, sem febre, náusea ou vômito.*

#### Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C

Frequência Cardíaca: 86 bpm

Glicemia:

Peso:

Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

REFERE ALGUA DIFICULDADE DE MOVIMENTAR MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO.

EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.

Escala de Glasgow:

Pressão Arterial: 140X10 mmHg

Frequência Respiratória:

SpO2: 98%

Altura:

IMC:

#### Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:

Diagnóstico:

Hipótese Diagnóstico:

#### Conduta/Tratamento

#### Medicamentos

#### Exames Solicitados

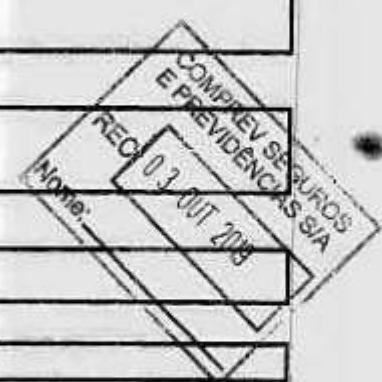
#### Prescritor / Ivenaldo

*Dr. Marciano de Oliveira*

Assinatura Carimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável Saída

*Ass. Paciente ou Responsável Saída*





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

Impressão: 16/04/2019 12:45

Página 1

12018001

## 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.

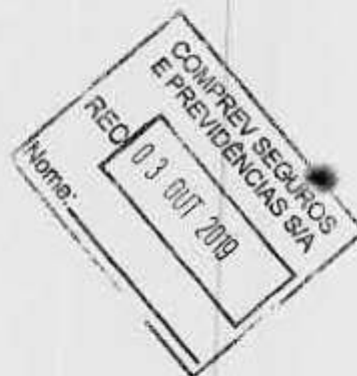
Observações

FRATURA DO 3º METACARPO D

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

JAMIL SANCHES JORQUE, CRM 6945

*Dr. Jamil Sanches Jorques*  
CRM 6945





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO  
Centro de Especialidades da Saúde  
Dr. Francisco Scarceia Jorge  
SETOR DE FISIOTERAPIA  
Nova Russas, CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Centro de Especialidades da Saúde

Nome: Antônia Barros de Souza

Endereço: R. Maria Cláudia 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 3º metacarpo da mão direita. Foi realizado 15 sessões de fisioterapia no período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Fisioterapeuta

CREFHO 28290 - F

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Carimbo e Assinatura

30/08/2019

Data

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





PREFEITURA DE  
**NOVA RUSSAS**  
COMEÇOU UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS  
SSM - Secretaria de Saúde do Município  
SUS - Sistema Único de Saúde  
**RECEITUÁRIO**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

*RELATORIO MÉDICO*

*Atesto para os devidos fins, que  
Antônia 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. Encaminhada  
de alta definitiva.*

*TRINHA ROBERTO  
MÉDICO  
CRM 5379*

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 TRÁFICO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ANTÔNIA BARROS DE SOUZA



DOC. IDENTIFIC. / OUT. AVULSO Nº  
233605483 532 89

CM  
390.675.213-53 29/06/1986

PAÍS DO TITULAR  
PEDRO LOPES DE BARROS

FRANCISCA MARIA DE  
MRSQUITA

FORMAÇÃO  
ACD LOCAL  
AD

1º REGISTRO  
06446917586

VALIDADE  
05/02/2020

1ª EMISSÃO  
25/06/2015

Observações

SEM OBSERVAÇÃO

Antônia Barros de Souza

LOCAL DO TITULAR

LOCAL  
CRATEUS, CE

DATA DO TITULAR  
09/09/2016

16551640036  
CE155197485

DETRAN-CE (CEARA)





# 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

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

**Número do Sinistro:** 3190564472

**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF:** 390.675.213-53

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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 ~~MA~~ DECLAROU, residente e domiciliado à Rua MEN CARLOS JAVARCS nº, bairro Vermelho, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CE, Cep.: 62.200-000, portador(a) do Rg nº 253.505484, SSP/ e CPF nº 390.678.213-53.

**Outorgado:** ANTONIO ELIZIO PEREIRA OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ~~MA~~ DECLAROU, residente e domiciliado(a) à Rua HERMENEGILDO MARTINS nº 223, bairro PATRIMÔNIO, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CE, Cep.: 62.200-000, portador(a) do RG nº 959022816, SSP/ 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 17.1.02.12019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo: INACIDG 2.

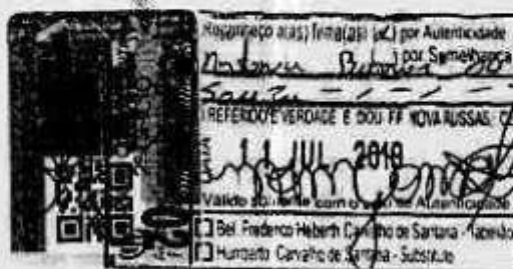
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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

Antônia Barros de Souza  
Outorgante  
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL  
Nova Russas - CE  
2º Ofício  
Maria Alice Martins Gomes  
Escrevente Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF:** 390.675.213-53

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

**Número do Sinistro:** 3190564472

**Vítima:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF:** 390.675.213-53

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIA BARROS DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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