Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WNRU.20.00167536-2** em **07/10/2020 11:59:46**.
- 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 : Nova Russas
Processo : 0050411-96.2020.8.06.0133
Protocolo : WNRU.20.00167536-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 07/10/2020 11:59:46

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* : 2757023_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2757023_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf
Documentação : 2757023_CONTESTACAO_Anexo_02 - 15-22.pdf
Documentação : 2757023_CONTESTACAO_Anexo_02 - 23-33.pdf
Documentação : 2757023_CONTESTACAO_Anexo_03 - 1-6.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 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NOVA RUSSAS/CE

Processo: 00504119620208060133

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 **MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**, 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 **20/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/11/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Cumpre ainda informar Exa., que vinculado ao CPF da parte Autora foi localizado o seguinte processo judicial:

PASTA: SISJUR Nº : 2132081

STATUS: ENCERRADA

DATA DO SINISTRO: 24/10/2012

OBJETO: DIFERENÇA DE INVALIDEZ PERMANENTE

ESCRITÓRIO: ADAIRTON CARVALHO

PROCESSO Nº: 01175147020168060001

PERÍCIA JUDICIAL: SIM

RESULTADO DA PERÍCIA JUDICIAL: 25% MSD E 50%MID

PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: 1.687,50 – 50% JOELHO DIREITO

HISTÓRICO DO PROCESSO: CELEBRADO ACORDO ENTRE AS PARTES NA MONTA DE r$ 6.480,00 (INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ EM R$ 5.400,00 E R$ 1.080,00 DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS).

FASE PROCESSUAL ATUAL: ARQUIVADO EM 27/10/2016.

Desta forma, requer a V.Exa., bastante cautela na análise de toda a documentação médica acostada aos autos pela parte Autora, haja vista que a parte Autora já fora indenizada anteriormente em razão do sinistro ocorrido em 24/10/2012.

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

[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.

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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 09/11/2018 após 06 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 20/04/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

[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;

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].

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

---

[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 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)

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 **20/04/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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

---

[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."

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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.

---

[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.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e 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,

NOVA RUSSAS, 7 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 **MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**, em curso perante **a 2ª VARA CÍVEL** da comarca de **NOVA RUSSAS**, nos autos do Processo nº 00504119620208060133.

Rio de Janeiro, 7 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, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044443 **Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 20/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

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

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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044443
Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 20/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. 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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044443 **Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 20/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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

:

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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14287707

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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044443 **Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 20/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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

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, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044443 **Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 20/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

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$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **001**
Agência: **000001409-5**
Conta: **000010008506-7**
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

1409-5 8.506-5 R

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	026459.767-27	MANOEL BEZERRA OLIVEIRA

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

Nome completo: MANUEL BEZERRA OLIVEIRA — CPF: 026.459.767-27

Profissão: — Endereço: VL. ESPACINHA — Número: — Complemento:

Bairro: — Cidade: NOVA RUSSAS — Estado: CEARÁ — CEP: 62.200.000

E-mail: — Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1409 (5) (Informar o dígito se existir) CONTA: 8.506-5 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: — Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não — Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — 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.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manuel Bezerra de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Assinatura

18 JAN. 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

ASS:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPS 001 V001/2018

OK

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

FLS. _____
RUBRICA

Impresso nº 2018214996

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 868 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/11/2018 10:39:54**
Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2018 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A**
Complemento:
Bairro: Município: **NOVA RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **MOTEL DELIRIUS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL BEZERRA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **07/04/1972** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA BEZERRA DE OLIVEIRA**
FRANCISCO CÍCERO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DT ESPACINHA**
Bairro:
Município: **NOVA RUSSAS/CE** CEP: **62.200-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVW1737** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi: **9BWZZZ377WP571605** Renavam: **703896059** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL SPECIAL** Ano Fabricação: **1998** Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERDE** Proprietário: **FRANCISCO MARCIO DOS SANTOS BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

VEM REGISTRAR QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, OCORRIDO NO DIA 20/04/2018, POR VOLTA DAS 08:30HS, NA ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A LOCALIDADE DE ESPANCINHA;QUE O NOTICIANTE CONDUZIA O VEÍCULO VW/GOL SPECIAL, DE PLACAS HVW 1737, E AO DESVIAR DE UM BURACO NO ASFALTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO QUE VEIO A CAPOTAR;QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR CONHECIDO COMO AIRTON, O QUAL O LEVOU EM UM VEÍCULO PARTICULAR ATÉ O HOSPITAL DE NOVA RUSSAS/CE; QUE O NOTICIANTE SOFREU NO ACIDENTE:"TRAUMA COTOVELO D"; QUE NÃO TEVE NENHUMA TESTEMUNHA DO ACIDENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
MAURO CESAR BARROSO BRAGA - MAT.: 163368-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Manoel Bezerra de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
DIRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

FLS. _____

Impresso nº 2018214996

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 868 / 2018

ANTONIO ROMULO BEZERRA DE SOUSA - MAT.: 30100018

...IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
18 JAN. 2019
ASS: _____

1409-5 8.506-5 R

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	026459.767-27	MANOEL BEZERRA OLIVEIRA

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

Nome completo:			CPF:
MANUEL BEZERRA OLIVEIRA			026459.767-27
Profissão:	Endereço: VL. ESPACINHA	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade: NOVA RUSSAS	Estado: CEARÁ	CEP: 62.200.000
E-mail:			Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1409 (5) (Informar o dígito se existir) CONTA: 8.506-5 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 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.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manuel Bezerra de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Assinatura

18 JAN. 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

ASS: [redacted]

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPE-001-V001/2012

PRIORIDADE:

Normal

Hospital Municipal José Gonçalves Rosa

Avenida Dr. Osvaldo Martins
Timbaúba - C.E.P: 62200-000
NOVA RUSSAS

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome Paciente	Data - Hora	Atendimento
10648-Manuel Bezerra De Oliveira	20/04/2018 - 08:53:46	9048

Cartão Nacional de Saúde(CNS)	Documento	Data de Nascimento	Idade	Sexo
	271449274	27/04/1972	45	M

Nome da Mãe	Telefone de Contato
Maria Bezerra De Oliveira	(__)____-____ |

Endereço	Número	Bairro	Cidade/UF	CEP
Espacinha		ZONA RURAL	NOVA RUSSAS/CE	62200-000

Procedência

Histórico Clínico/Queixa do Paciente refere dor no braço.

Exame Físico

PA. 130x90 mmHg

Exames Solicitados

Hipótese/Conclusão Diagnóstica

Trauma cotovelo - D, decorrente de acidente de trânsito. (SIC)

Conduta/Tratamento 1- Cefaprotenno 100 - 5 - IM 9:40

Recepcionista / Atendente Alicia

Assinatura / Carimbo do Médico Dr. Francisco Fabio F. Lopes MÉDICO CRM 18778

Ass. Paciente ou Responsável / Saída X Antonio Aldon de F. Santos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01409-5

CONTA: 000010008506-7

Nr. da Autenticação AD848C87C99670F9

8612816

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 539845698

Data de Emissão 04/09/2018

Rota 23 39002 04 134000 - 6

Nome MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

End. Postal VL ESPACINHA 00000
- NOVA RUSSAS - 62200000

Medidor 4018118

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 026459767-27

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Leitura Anterior	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2018	03/10/2018	03/10/2018

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
95.17	27.00%	25.69

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DE99.4080.2941.2ED2.33DB.CEF0.050B.A482

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

Mês Jul/2018 EUSD 30,88

	Período Mensal	Período Trim.	Período Anual	Apuração Individual Mensal	Apuração Individual Trim.	Apuração Individual Anual
DIC	10.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
FIC	7.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
DMIC	5.66			0.00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	30915	30791	1.00	124	0.00	124	[illegible]	[illegible]
04/04/18		03/08/18		32 DIAS		124		95,17

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	95,17
MULTA MORATORIA REF 06/2018	3,12
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,53
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 8,77)	

Contato
88 992504404
88 997088444

VENCIMENTO 11/10/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 110,82

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	36,78
Transmissão	2,22
Distribuição	20,96
Encargos Setoriais	5,62
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	27,89
TOTAL	95,17

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
124	124	74	129	212	118	72	127	132	126	147	115	115

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO 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)
48,41	0,00	

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DE CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
De dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 36 RES 414
Consta desta fatura R$ 2,20 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91%

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

CTCE FORTALEZA CE PLS
ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
R HERMENEGILDO MARTINS 323
CASA PATRONATO
62200-000 NOVA RUSSAS CE

DATA DE VENCIMENTO 25/12/18 - DATA DE POSTAGEM 14/12/18

72162105730981500000171605301412 18

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Forma de Pagar
88 99290 4401	de 07/11/2018 a 06/12/2018	25/12/2018	[illegible]

[illegible] R$ 25,39

Veja aqui o que está sendo cobrado

[illegible]
Total de Débitos

[illegible]

Total de Ve[illegible]

Total a Pagar R$ [illegible]

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

[illegible]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
17 JAN. 2019

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itau, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
[illegible] S.A.	174942255	07/11/18 a 06/12/18	R$ 56,97	25/12/18
	[illegible] NF 0000 91 [illegible] 99			

24830000000-1 | 56970221201-5 | 81225174942-2 | 25502928122-9

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[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 _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/ _____, do sinistro de DPVAT cobertura _____da Vítima _____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/ _____, 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		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercialDDD)	Telefone celular (DDD)	

_____, _____ de_____de_____

Local e Data

_____

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 Elizeu Pereira Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ _____/ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

_____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/ _____,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima _____,

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/ _____, 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:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:			Tel.(DDD):

Local e Data: _____

_____
Assinatura do Declarante

Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

11:			
16:			
20:			
06:			

HORÁRIO:	23:30			
P.A.:	140x80			
TEMP.°:	36,7°			
P.J MIN.:	—			
M.V. / MIN.:	—			

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

TRAUMA 10/07

NOME:	IDADE:	ENF.:	LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:
JOSÉ WINTON L. DE OLIVEIRA	44A	B	105	240283

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	23:30 OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./ Dieta)
10/07	① DIETA GRAU		SN Pcte admitido na emergência para tratamento traumatologico sequela acidente, orientado, colaborando, deambulando, apresentando eliminações fisiológicas, presença sequelas cirurgias de internação —	
	② RL 2000ml EV 20gtm			
	③ KEFLIN 1G + AD EV 6/6h			
	④ DOFINO 100mg + 100ml SF EV 12/12h			
	⑤ TIOPLUS 2:1P AD EV 6/6h	120:40		
	⑥ DIPIRONA 2:1P AMP IV 12/12		SN Queixando dores no membro periférico em MD —	
	⑦ JEJ + CC		8:45 → Curativo	
			10:00 pct medicado dor e já administrado dipirona EV —	Ruth

Dr. [illegible]
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia
CRM: 10164 TEOT 12042

HOSPITAL DE TRAUMA JOÃO LUCAS DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
3033
FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 Elizeu Pereira Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ _____/ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

_____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/ _____,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima _____,

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/ _____, 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:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:			Tel.(DDD):

Local e Data: _____

_____
Assinatura do Declarante

Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

11:			
16:			
20:			
06:			

HORÁRIO:	23:30			
P.A.:	140x80			
TEMP.°:	36,7°			
P.J MIN.:	—			
M.V. / MIN.:	—			

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

TRAUMA 10/07

NOME:	IDADE:	ENF.:	LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:
JOSÉ WINTON L. DE OLIVEIRA	44A	B	105	240283

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	23:30 OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./ Dieta)
10/07	① DIETA GRAU		SN Pcte admitido na emergência para tratamento traumatologico sequela acidente, orientado, colaborando, deambulando, apresentando eliminações fisiológicas, presença sequelas cirurgias de internação —	
	② RL 2000ml EV 20gtm			
	③ KEFLIN 1G + AD EV 6/6h			
	④ DOFINO 100mg + 100ml SF EV 12/12h			
	⑤ TIOPLUS 2:1P AD EV 6/6h	120:40		
	⑥ DIPIRONA 2:1P AMP IV 12/12		SN Queixando dores no membro periférico em MD —	
	⑦ JEJ + CC		8:45 → Curativo	
			10:00 pct medicado dor e já administrado dipirona EV —	Ruth

Dr. [illegible]
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia
CRM: 10164 TEOT 12042

HOSPITAL DE TRAUMA JOÃO LUCAS DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
3033
FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[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 ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 416.362.523-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.459.767-27 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.459.767-27 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. HERMENEGILDO MARTINS,		Número: 323	Complemento:
Bairro: PATRIMATO	Cidade: NOVA RUSSAS	Estado: CEARÁ	CEP: 62.200-000
Email:		Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD):

NOVA RUSSAS, 02 de Abril de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

PRIORIDADE
Normal

Hospital Municipal José Gonçalves Rosa

Avenida Dr. Osvaldo Martins
Timbaúba - C.E.P: 62200-000
NOVA RUSSAS

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome Paciente	Data - Hora	Atendimento
9048-Manuel Bezerra De Oliveira	20/04/2018 - 08:53:46	9048

Cartão Nacional de Saúde(CNS)	Documento	Data de Nascimento	Idade	Sexo
	271449274	27/04/1972	45	M

Nome da Mãe	Telefone de Contato
Maria Bezerra De Oliveira	(__) ____ - ____

Endereço	Número	Bairro	Cidade/UF	CEP
Riacinha		ZONA RURAL	NOVA RUSSAS/CE	62200-000

Anamnese

Queixa Clínica/Queixa do Paciente refere dor no braço.

Exame Físico

PA. 130x90 mmHg

Exames Solicitados

Hipótese/Conclusão Diagnóstica

Trauma cotovelo - D, decorrente de acidente de trânsito. (SIC)

Conduta/Tratamento 1- Cetoprofeno 100 mg - IM 9:40

Recepcionista / Atendente Maria

Assinatura / Carimbo do Médico Dr. Francisco Kleber F. Araújo MÉDICO CRM-CE 19

Nome Paciente ou Responsável / Saída X Antonio Ribeiro de F. Santos

18 JAN. 2019

ASS:

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 MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que Manoel Bezerra de Oliveira foi vítima de acidente de trânsito, ocorrido em 29/04/18, apresentando fratura no cotovelo direito com deformidade de 60°, submetido a tratamento conservador. Encontra-se de alta definitiva.

...IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

ASSI...

Dr. Francisco Kleber F. ...
MÉDICO
CRM-CE 6278

30 / 11 / 18
Data

6278
Carimbo e Assinatura

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE LOVERIGUELA
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Coronel Antônio Batista
SAÚDE É DIREITO DE TODOS

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Endereço: _____

CONTROLE LARVAL

Afim para a Saúde Pública, por
Manoel Lopes de Oliveira Neto é informa
da a população de Loverigüela sobre
a aplicação aerossol Fenitrox no controle
larvar dos Artrópodes da espécie
Aedes e Anopheles conhecidos popularmente
de mosquito da Dengue.

SEDE CORRETORA DE SEG. LTDA.
16 JAN. 2013

Data: 30/01/13

Carimbo e Assinatura

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

14050 + 50

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HMJGR

Distrito Sanitário: 16ª CRES Município: Nova Russas - Ce

Nome: Manoel Bezerra de Oliveira Prontuário Nº

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 27/04/1972 Ocupação: Comerciante

Endereço: Espacilha - NR Bairro: Tel

Motivo do Encaminhamento: Luxação cotovelo - Pq necessita de

Resultado de Exames conduta especializada. (Traumatologia)

Consulta já Realizada.

Impressão Diagnóstica

Dr. Francisco Kleber F. Araújo
MÉDICO
CRM-CE 6279

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro	Função	Data	Hora
	Médico	20/04/18.	10h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Profissional:

Unidade de Referência: Data: ___/___/___ Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município: Prontuário Nº Alta ___/___/___

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal CID:

Secundário 1 CID:

Secundário 2 CID:

CORRETORA DE SE...
18 JAN. 2019

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro	Função	Data
		___/___/___

Centro de Diagnóstico por Imagem de Crateús

Paciente: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA-FRANCISCO KLEBER
Data de Nascimento: 24/07/1972
Data do Exame:: 22/11/2018
Procedência: Paciente Interno

Nº do Paciente: 36327/PART
Solicitante:
Nº do Exame:
Sexo: M
Convênio:

RADIOGRAFIAS DO COTOVELO DIREITO

Dificuldade no posicionamento radiológico na incidência em perfil.

Estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Relações articulares mantidas.

Aparente calcificação adjacente ao processo coronóide da ulna.

Calcificação em partes moles adjacentes ao epicôndilo lateral do úmero, medindo 0,6 cm.

Assinado Eletronicamente por:

Dra. Vania Klein CRM 5737-ES | Médica-radiologista RQE 4421-ES

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 22/11/2018 13:11:28 GMT -3 DST (Brasília Time)

CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

ASS:

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 20/04/2018 13:57
Página 1
v2017005

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 051029
Atendimento: 0013
Nome do Paciente: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
CNS: 700607996072662
Guia de Autorização:
Documento(s): Identidade: 27144927-4
Estado Civil: Outro
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 27/04/1972
Local: NOVA RUSSAS/CE
Idade: 45 Ano(s)
Pai: FRANCISCO CICERO DE OLIVEIRA
Mãe: MARIA BEZERRA DE OLIVEIRA
Endereço: CAMPO ESPACINHA, SN
Bairro: ZONA RURAL
CEP: 62203-000
Município: NOVA RUSSAS
UF: CE
Telefone: 88 92673882
Profissão:
Empresa:
Cônjuge: ELIZANGELA DE OLIVEIRA SILVA
Responsável: ELIZANGELA DE OLIVEIRA SILVA
CPF do Responsável:
Endereço: CAMPO ESPACINHA, SN
Município: NOVA RUSSAS
UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 20/04/2018
Hora: 13:22
Convênio: SUS
Matrícula:
CID:
Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
CRM/UF: 6945/CE
Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA\TRAUMATO
Indicador de Acidente:
Funcionário: SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA
Observação: trouxe guia dia 20/04/18
Sala:
Data/Hora Liberação: ____/____/_____ às _____hs.
Tipo de Saída: ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
		37	80	14	120 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL **Data e Hora:** 20/04/2018 13:55
Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS
Relatório:
paciente acidente de carro , dor e edema em MSE regiao do cotovelo
spo2: 93

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Pacto em remissão - Colocado [illegible] com dor e edema [illegible]
RX Cotovelo AP e perfil [illegible]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 JAN. 2019
ASS:

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ELIZANGELA DE OLIVEIRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0713

Polegar Direito

Manuel Bezerra de Oliveira

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

026459767 27

MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

27.04.72

Manuel Bezerra de Oliveira

CPF 026.459.767-27

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 27.144.927-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/12/2008

NOME
MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
FRANCISCO CICERO DE OLIVEIRA

MARIA BEZERRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
CEARÁ

DATA DE NASCIMENTO
27/04/1972

DOC ORIGEM
C.NASC LIV A8 FLS 29 TERM 8204
NOVA RUSSAS CE

CPF
026.459.767-27

PIS 12428959133

01 1 VIA

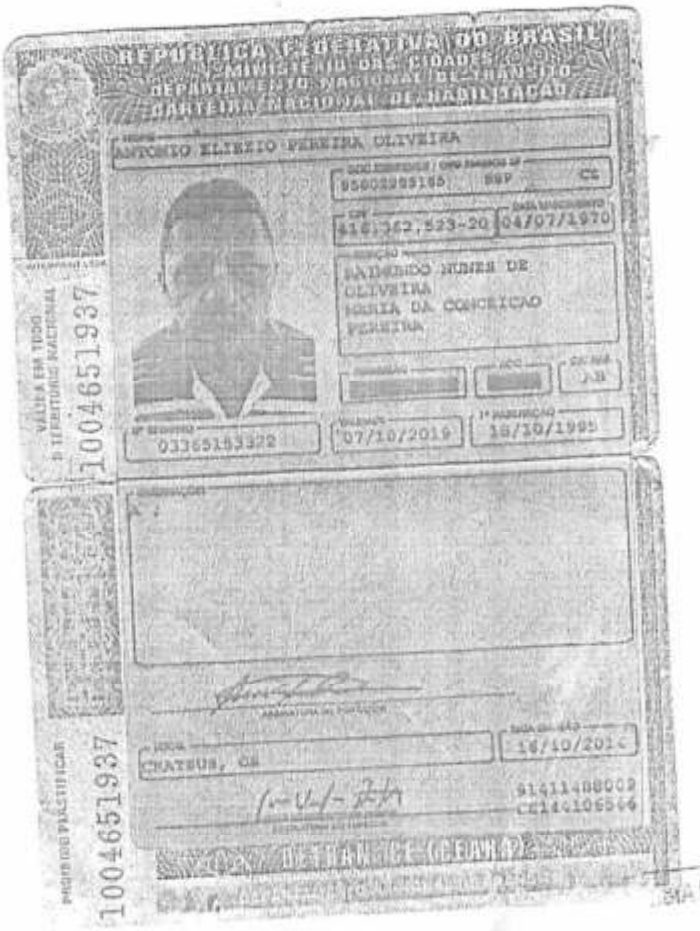
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

026.459.767-27

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

18 JAN. 2019

ASS:



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

NOME
ANTONIO ELIZIO PEREIRA OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
95003295165 SSP CE

CPF
416.362.523-20

DATA NASCIMENTO
04/07/1970

FILIAÇÃO
RAIMUNDO NUNES DE OLIVEIRA
MARIA DA CONCEICAO PEREIRA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
03365153372

VALIDADE
07/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
18/10/1995

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CHATEUS, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2014

91411488002
CE144106566

DETRAN CE (GEDAN 42)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1004651937

PROIBIDO PLASTIFICAR

1004651937

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA

17 JAN. 2019

ASS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044443 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @PG 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	NÃO DECLAROU
IDENTIDADE:	27.144.927-4
ENDEREÇO:	LOCALIDADE DE ESPACINHA

OUTORGADO

NOME:	ANTUNIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	NÃO DECLAROU
IDENTIDADE:	9500 2285165
ENDEREÇO:	R. HERMENEGILDO MARTINS, 323

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

NOVA RUSSAS, 20-11-2018

LOCAL E DATA

CARTÓRIO NOVA RUSSAS 1º OFÍCIO

Manuel Bezerra de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIMENTO DE FIRMA POR AUTENTICIDADE)

18 JAN. 2019

ASS.

Reconheço a(s) firma(s) de MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA por autenticidade ( ) por semelhança
Em test° da verdade
Nova Russas-CE 23 NOV 2018
( ) Pedro Dirceu Zanini Tabelião
( ) Lucio Barreira Aguiar Parva Substituto
( ) Márcio Magalhães Rodrigues Escrevente Contratado
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
CARTÓRIO 1º OFÍCIO SOUSA, 1159 CENTRO FONE: (88) 3677-0618 NOVA RUSSAS - CEARÁ

SELO DE AUTENTICIDADE
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CL 835292 02 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021707/19

Número do Sinistro: 3190044443

Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 20/04/2018

CPF: 026.459.767-27

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 15/04/2019 Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA CPF: 416.362.523-20	Data do cadastramento: 15/04/2019 Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS CPF: 061.393.643-45
ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA	LARISSA CRISOSTOMO BARROS

1409-5 8.506-5 R.

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	026459.767-27	MANOEL BEZERRA OLIVEIRA

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

Nome completo: MANUEL BEZERRA OLIVEIRA — CPF: 026459.767-27

Profissão: — Endereço: VL. ESPACINHA — Número: — Complemento:

Bairro: — Cidade: NOVA RUSSAS — Estado: CEARÁ — CEP: 62.200.000

E-mail: — Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1409 (5) CONTA: 8.506-5 ( )

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )

(Informar o dígito se existir) (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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: — Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não — Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — 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.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manuel Bezerra de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) — Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Assinatura

18 JAN. 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____ ASS:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPS 001 V001/2012

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/05/2013
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01409-5
CONTA: 000010008506-7

Nr. da Autenticação 25255EA6C1BB008D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013279942
Cidade: Nova Russas
Natureza: Invalidez
Vítima: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
Data do acidente: 20/10/2012
Emissor do parecer: Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT
CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise:	24/05/2013
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO
Resultados terapêuticos:	DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNC DO JOELHO DIREITO
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	3.375,00
Médico avaliador:	MARIA TEREZA
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA - CE

Processo n.º 0117514-70.2016.8.06.0001

BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS, neste ato representada por seus procuradores, conforme atos constitutivos e instrumentos procuratórios anexos, e **MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA,** já qualificado nos autos da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT, em trâmite neste juízo, vem, por seus advogados abaixo-assinados, expor, para ao final requerer o que segue.

As partes, visando pôr fim ao litígio, resolveram, mediante concessão mútua, celebrar acordo, na forma do art. 840 c/c art. 849 do Código Civil, transacionando conforme as seguintes cláusulas e condições.

A parte autora, por livre e espontânea vontade, realizou Avaliação Médica para fins de Conciliação, consoante laudo anexo, sendo apurada indenização a pagar, descontando-se o valor já indenizado administrativamente.

A Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, como gestora dos Consórcios DPVAT, pagará à parte Autora a importância de **R$ 5.400,00 (cinco mil, quatrocentos reais)** para a liquidação do feito, acrescido da importância de **R$ 1.080,00 (um mil e oitenta reais)** referentes ao pagamento de honorários de sucumbência, totalizando a quantia de **R$ 6.480,00 (seis mil, quatrocentos e oitenta reais)**.

O pagamento será efetuado mediante depósito judicial em até 30 (trinta) dias a contar da homologação judicial. No que tange ao pagamento das custas processuais finais, requerem a aplicação do artigo 90, §3º, do Código de Processo Civil.

Insta ressaltar que a transação ora celebrada não implica em reconhecimento do direito pretendido pela parte autora.

Com o pagamento da quantia acordada e acima referida, a parte Autora concorda que nada mais será cobrado, judicial ou administrativamente em face da parte Ré e de todas as Seguradoras Consorciadas, ora representadas pela Seguradora Líder DPVAT, quanto ao objeto da ação da vítima Manuel Bezerra de Oliveira, inscrita no CPF sob o n.º 026.459.767-27 de modo que dá, neste ato, plena, irrestrita e irrevogável quitação do Seguro DPVAT relativos

ao acidente de trânsito ocorrido em 24/10/2012 nos termos do Boletim de Ocorrência nº 1927/2012, para nada mais reclamar em Juízo, ou fora dele, seja a que título for.

Declaram as partes que o presente acordo é fruto de sua livre manifestação de vontade, não havendo vício algum, de qualquer ordem, sobre os termos acima dispostos.

As partes desde já concordam com o imediato levantamento dos valores após a confirmação do depósito judicial, requerendo a expedição de guia de levantamento em favor da parte autora independente de nova manifestação das partes.

Por todo o exposto, **as partes requerem homologação do presente acordo**, com a expedição de alvará para o levantamento da quantia depositada a título de transação entre as partes, independente de nova manifestação, bem como a extinção do processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, III. Alínea b, do Código de Processo Civil e sua consequente remessa ao arquivo geral deste Tribunal.

Nestes Termos,
P. Deferimento.
Fortaleza, 06 de junho de 2016.

ANTONIO DOS SANTOS MOTA.
OAB/CE nº. 19. 283

BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS

MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRA
P/P MARCELO PEREIRA BRANDÃO
OAB/CE 26.103

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Manuel Bezerra de Oliveira
CPF: 026.459.767-27
Endereço completo: Nova Russas-cé

Informações do Acidente

Local: Nova Russas-cé
Data do acidente: 24/10/2012

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação prévia em razão do processo judicial nº 0117514-70.2016.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Declaro, ainda, que estou ciente de que nada pagarei para realizaçao desta avaliação e de que, caso eu e a entidade demandada não cheguemos a um acordo, o processo judicial que propus para recebimento da indenização DPVAT prosseguirá normalmente.

Crateús - CE, 31 de maio de 2016

local e data

Manuel Bezerra de Oliveira

assinatura da vítima

Avaliação Médica

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) Sim ( ) Não ( ) Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DIREITO

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL. TRATAMENTO CIRÚRGICO E FISIOTERAPIA. LUXAÇÃO DO OMBRO. TRATAMENTO CONSERVADOR COM FISIOTERAPIA. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DOS MEMBROS COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO JOELHO, CLAUDICAÇÃO

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

( ) Sim **(X) Não**

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ( ) disfunções apenas temporárias

b) (X) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DOS MEMBROS COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO E DO JOELHO, CLAUDICAÇÃO

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessária exame complementar?

( ) Sim, em que prazo:

(X) Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido: MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO

a) ( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

b) (X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) ( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2) (X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico Marque aqui o percentual

1ª Lesão

Membro superior - Lado Direito

( ) 10% Residual **(X) 25% Leve** ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

2ª Lesão

Membro inferior - Lado Direito

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve **(X) 50% Média** ( ) 75% Intensa

3ª Lesão

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

4ª Lesão

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico: Assinatura do médico - CRM

Crateús - CE, 31 de maio de 2016

Dr. Gláucio Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050