



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TIANGUA/CE

Processo: 00029799220198060173

**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 **CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/02/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/02/2017**.

Cumprе 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

### **DO MÉRITO**

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/02/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

---

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

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

## DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

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

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

---

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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

<sup>8</sup> art.

1º

(...)

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

## CONCLUSÃO

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e 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 exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TIANGUA, 12 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

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

### **QUESITOS DA RÉ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TABELA DE GRADAÇÃO

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



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **TIANGUA**, nos autos do Processo nº 00029799220198060173.

Rio de Janeiro, 12 de novembro 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



## 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 **WTIA.20.00169393-0** em **12/11/2020 11:04:51**.
- 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** : Tianguá  
**Processo** : 0002979-92.2019.8.06.0173  
**Protocolo** : WTIA.20.00169393-0  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Espécies de Contratos  
**Data/Hora** : 12/11/2020 11:04:51

### 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\*** : 2765846\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2765846\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-21.pdf  
**Documentação** : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

### Downloads

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

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10756000

A/C: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170177126 ASL-0119487/17  
**Vitima:** CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL  
**Data Acidente:** 01/02/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº: 10782242

A/C: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

**Sinistro:** 3170177126 ASL-0119487/17  
**Vítima:** CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL  
**Data Acidente:** 01/02/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10861907

A/C: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

Sinistro: 3170177126 ASL-0119487/17  
Vítima: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL  
Data Acidente: 01/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001157-6

Conta: 0000013147-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = | R\$ | 2.362,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Claudioimar Vieira do Amaral  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 03898256399 EXPEDIDO POR Petron - BE EM 25/09/2016  
 CPF 8145326453-87 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO motorista  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 929,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Claudioimar Vieira do Amaral, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao SPS da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
ARACATUBA - SP - 13.147-000

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1137-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13.147-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tramanda - RS, 15 de março de 2017 Claudioimar Vieira do Amaral  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

14/03/2017 -  
0115771886

BANCO DO BRASIL S.A.  
AUTO-ATENDIMENTO

08.08.19

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1157-6

CONTA:

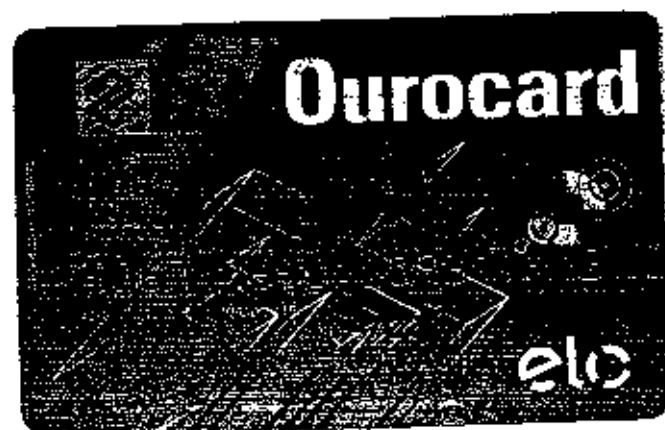
13.147-4

CLIENTE: CLAUDIOMAR VIEIRA AMARAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis. 300 - Loja 147  
Aldesota - Fortaleza / CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 141  
Aldeota - Fortaleza / CE



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

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

Nome do(a) Examinado(a): Claudiomar Vieira do Amaral  
Endereço do(a) Examinado(a): St Paraiba, 13  
Leste Tianguá CE CEP: 62320-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 96028102910  
Data local do exame: [ 11/04/2017 ] Sobral [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA, GRAU II. ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
( ☒ ) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
( ☒ ) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- ATENDIDO NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADO E LIBERADO. O PACIENTE FEZ 12 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. Data da alta: MARÇO DE 2017. QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO. Complicações: SEM.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( ☒ ) Sim ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MSD, PELA DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE E LIMITAÇÃO DO OMBRO DIREITO,**  
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                            |                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) "Vítima em tratamento"                                 | ( ) "Sem sequela permanente"                                                                                                                                      |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>     | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"                          |                                                                                                                                                                   |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |                                                                                                                                                                   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                              |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):                                                   | Região Corporal (Sequela):                      |
| <b>MEMBRO SUPERIOR - Direito</b>                                             |                                                 |
| % do dano: ( ) 10% residual ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 25% leve | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                              | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                                                   | Região Corporal (Sequela):                      |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve                                     | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                              | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).
- ( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
SaúdeSEG André de Oliveira Leal  
CRM 16566

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

219487/17

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 722 / 2017****Dados da Ocorrência**

347458

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 22/02/2017 10:37:29****Data / Hora da Ocorrência: 01/02/2017 17:14:00****Endereço da Ocorrência: ESTRADA NA LOCALIDADE DE PINDARE****Complemento: ENTRE TIANGUA E VIÇOSA****Bairro:****Município: VICOSA DO CEARÁ/CE****Ponto de Referência: PROX AO MOTEL****Noticiante(s)****Nome: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL****Nascimento: 29/10/1980 CPF: 845.326.453-87****CNH: 01898256394****Orgão Emissor: DETRAN****UF:****Filiação: RITA VIEIRA DO AMARAL****JOAQUIM JOSE DO AMARAL****Endereço: SÍTIO PARAIBA****Bairro: SANTO ANTONIO****CEP:****Município: TIANGUA/CE****País: BRASIL****Telefone: (88) 99226-4744****Histórico**

O noticiante vem a esta Delegacia informar que na data da ocorrência acima sofreu um acidente; Que estava no local acima mencionado, conduzindo sua bicicleta quando foi atingido por um veículo; Que colidiu ao chão e ficou sentindo asfixia; Que teve escoriações pelo corte e rompeu os ligamentos do ombro direito; Que não sabe identificar qual carro o atingiu, tendo em vista que, estava sentindo dores e passando muito mal na hora do ocorrido; Que o motorista do veículo fugiu do local sem prestar socorro; Que foi socorrido por um morador local e foi levado para o hospital São Camilo, em Tiangua-CE; Que vai precisar se submeter a procedimento cirúrgico; Que até a data do acidente encontra-se com o ombro e o braço direito imobilizado; Que em virtude do acidente encontra-se impedido de exercer suas funções no trabalho.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**Thamara de Menezes Sinimbu**THAMARA DE MENESES SINIMBU - MAT.: 300900-1-2****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Claudio Mar Vieira do Amaral**VISTO DO DELEGADO(A):****VICENTE DE PAULO JUNIOR - MAT.: 126876-1-3**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza - CE

Pág. 1 de 1

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

Impressão em: 22/02/2017 10:52:52

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Belaudionir Vilela do Amaral, portador da carteira de identidade nº 01898256399 e inscrito no CPF/MF sob o nº 84532645387, residente e domiciliado na Sítio Paraíba - Zona rural, Cidade Tiomaguá, Estado Maranhão, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Belaudionir Vilela do Amaral

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
Atacota - Fortaleza - CE

Tiomaguá - PE, 15/03/2017

Local e data

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170177126 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA, GRAU II.

**Descrição do exame médico pericial:** ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSD, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, INSTABILIDADE ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros superiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





DADOS DO PACIENTE

|                                            |                       |                                                 |                        |                      |
|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Prontuário<br>005238                       | Atendimento<br>0032   | Nome do Paciente<br>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL | CNS<br>126848374880001 | Guia de Autorização  |
| Documentação<br>Identidade: 96028102910    |                       | Estado Civil<br>Casado(a)                       | Sexo<br>Masculino      |                      |
| Data de Nascimento<br>29/10/1980           |                       | Local<br>TIANGUA/CE                             | Idade<br>38 Ano(s)     |                      |
| Pai<br>JOAQUIM AMARAL                      |                       | Mãe<br>RITA VIEIRA AMARAL                       |                        |                      |
| Endereço<br>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500      |                       | Bairro<br>CENTRO                                | Cep<br>62320-000       | Município<br>TIANGUA |
| Profissão<br>CONDUTOR                      | Empresa<br>SAO CAMILO | Cônjuge<br>ELISANGELA FONTENELE SOUSA           |                        |                      |
| Responsável<br>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL | CPF do Responsável    | Endereço<br>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500           | Município<br>TIANGUA   | UF<br>CE             |
|                                            |                       | Telefone<br>88 9402207                          |                        |                      |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                             |               |                 |                                              |                                               |
|-------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>01/02/2017                              | Hora<br>17:14 | Convênio<br>SUS | Matrícula                                    | CRD                                           |
| Profissional do Atendimento<br>MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS |               |                 | CRM/UF<br>10269/CE                           | Tipo Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO |
| Indicador de Acidente<br>Trânsito                           |               |                 | Funcionário<br>AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA |                                               |
| Observação                                                  |               |                 |                                              |                                               |

|      |                     |    |     |                                                    |
|------|---------------------|----|-----|----------------------------------------------------|
| Sala | Data/Hora Liberação | às | hs. | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
|------|---------------------|----|-----|----------------------------------------------------|

|               |           |             |        |         |         |           |
|---------------|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|
| Sinais Vitais | Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (rpm) | PA (mmHg) |
|---------------|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|

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

*Rolha / uncl*  
*4. Trauma clavícula @*  
*no D. R. de clavícula @*

*LAC II @*

*3/4 de uncl*

*4. Trauma*  
*uncl*

*Demônio Consórcio Armada*  
*ORTOPEDIA E TRAUMA*  
*CRANIOE*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

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



*Marcio Leonardo Bastos Veras*  
*CRM 10269*

MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

*Elisangela J. Souza*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA C

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01157-6

CONTA: 000000013147-4

---

Nr. da Autenticação BA3CD54016A0124F

**Nº DO CLIENTE**  
**4230359-1**  
Para efetivar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que falar com nossa central.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.  
**Companhia Energética de Ceará**  
Rua Pedro Valdeirino, 180  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07047201/0001-70 | CGF 06.105.848-3



**GRUPO B | SÉRIE B-41 N°** 461270716  
**Rota** 07 31120 01 028700 - 4  
**Nome** CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL  
**End. Postal** ST PARAIBA 00013  
LESTE - TIANGUA - 62320000  
**Medidor** 25055623  
**Classe** 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA  
**RG/CPF/CNPJ** 845326453-87  
**Nome do Responsável**  
**Potência** 0000 0000  
**Fator de Potência** 0,00  
**CGF**

| Mês                   |             |            | Ano                   |             |            | Ano                   |             |            |
|-----------------------|-------------|------------|-----------------------|-------------|------------|-----------------------|-------------|------------|
| Referência            | Arrecadação | Provisão   | Referência            | Arrecadação | Provisão   | Referência            | Arrecadação | Provisão   |
| Jan/2017              | 12/01/2017  | 09/02/2017 | Jan/2016              | 12/01/2016  | 09/02/2016 | Jan/2015              | 12/01/2015  | 09/02/2015 |
| Base de Cálculo (R\$) |             |            | Base de Cálculo (R\$) |             |            | Base de Cálculo (R\$) |             |            |
| 15070                 |             |            | 15070                 |             |            | 15070                 |             |            |
| Alíquota              |             |            | Alíquota              |             |            | Alíquota              |             |            |
| 1,00                  |             |            | 1,00                  |             |            | 1,00                  |             |            |
| Valor do Imposto      |             |            | Valor do Imposto      |             |            | Valor do Imposto      |             |            |
| 150,70                |             |            | 150,70                |             |            | 150,70                |             |            |
| DIE                   |             |            | DIE                   |             |            | DIE                   |             |            |
| 5,31                  |             |            | 5,31                  |             |            | 5,31                  |             |            |
| RIC                   |             |            | RIC                   |             |            | RIC                   |             |            |
| 1,36                  |             |            | 1,36                  |             |            | 1,36                  |             |            |
| DIE                   |             |            | DIE                   |             |            | DIE                   |             |            |
| 3,83                  |             |            | 3,83                  |             |            | 3,83                  |             |            |

**VALOR CONSUMO DO MÊS** 22,70  
**MULTA MORATORIA REF 12/2016** 0,54  
**PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA** 1,36  
**SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO** -24,60

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**  
**24 MAR 2017**

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147

| VENCIMENTO            |  | TOTAL A PAGAR (R\$) |  |
|-----------------------|--|---------------------|--|
| 13,73                 |  | 13,73               |  |
| Transmissão           |  | 6,30                |  |
| Distribuição          |  | 0,00                |  |
| Encargos Setoriais    |  | 0,00                |  |
| Tributos (PIS/COFINS) |  | 2,81                |  |
| TOTAL                 |  | 24,60               |  |

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 38,47 | Compensação kg (CO<sub>2</sub>) -0,00 | Certificação Ecológica (CCO) 8

| CONTAS EM ATRASO   |  | DEBITOS ANTERIORES |  |
|--------------------|--|--------------------|--|
| Data de vencimento |  | Valor              |  |
| 07/2014            |  | 14,61              |  |
| 08/2014            |  | 25,07              |  |
| 09/2014            |  | 13,48              |  |
| 06/2016            |  | 20,75              |  |
| 08/2016            |  | 27,91              |  |
| Outras             |  | 54,88              |  |

Costa desta fatura R\$ 2,81 referente a PIS e COFINS.  
Av. L. S. S. 188-2000 - Fone: 315 61 10.637-02 e 10.303-931

**Nº do Cliente** 4230359-1  
**Data da Emissão** 12/01/2017  
**Referência** Jan/2017

**Contatos:**  
**(81) - 9.9227-2532**  
**(81) - 9.9992-7282**  
**Email: fcelso16@hotmail.com**



DEPARTAMENTO DE SINISTRO:  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 14  
Arlândia - Fortaleza / CE

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

Rua Padre Veldeiro, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.106.846-3

**coelce**

Conta de Energia Elétrica - GRUPO A - 1ª SÉRIE - 2ª FAIXA

Rota 36 31123 03 013600 - 2 Data de Emissão 23/03/2016

Nome JOCELYO DA SILVA RODRIGUES

End. Postal AV JACQUES NUNES 00000  
FRECHEIRAS - TIANGUA - 62320000

Medidor 1737038 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 040950823-22 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Provisão Próxima Letura | Veja a legenda no verso desta conta |
|-------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Ago/2016          | 23/08/2016           | 23/09/2016              | Conjunta                            |

**ÍNDICE DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO**

| Índice | Fornece |       |       | Apuração Individual |       |       |
|--------|---------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|        | Mensal  | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DMC    | 18,58   | 55,77 | 42,00 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC    | 1,67    | 15,34 | 59,64 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC   | 5,53    |       |       | 0,00                |       |       |

**ÁREA RESERVAÇÃO CONTÁBIL - S/N**

9745.324.ELER.ATPA.4095.0823.2215.P300

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Let. Atual | Let. Anterior | Cons. C | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Pac. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|------------|---------------|---------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 5922       | 5815          | 1,08    | 107           | 0,00        | 107        | 0,22/0,00        | 23,54       |
| 23-08-16   | 22-07-16      |         | 32,065        |             | 107        |                  | 73,84       |

VALOR CONSUMO DO MÊS: 73,84  
0,11





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

DPVAT  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Peço exposto, eu João da Silva Rodrigues, portador(a) do

RG nº 2003028067508, expedido por SSP/PE, em

23/05/2004 CPF/CNPJ nº 040.859.823-22

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) claudio mar

Vieira do Amaral do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima claudio mar Vieira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Sem renda

Documentos comprobatórios: Sem documentos

João da Silva Rodrigues  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DADOS DO PACIENTE

|                                            |                                  |                                                 |                           |                     |
|--------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Prontuário<br>005238                       | Atendimento<br>0032              | Nome do Paciente<br>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL | CNS<br>126648374880001    | Guia de Autorização |
| Documento(s)<br>Identidade: 96028102910    | Data de Nascimento<br>29/10/1980 | Local<br>TIANGUA/CE                             | Estado Civil<br>Casado(a) | Sexo<br>Masculino   |
| Nome<br>JOAQUIM AMARAL                     | Nome<br>RITA VIEIRA AMARAL       | CPF<br>82320-000                                | Município<br>TIANGUA      | Idade<br>36 Ano(s)  |
| Endereço<br>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500      | Bairro<br>CENTRO                 | UF<br>CE                                        | Telefone<br>88 940220     |                     |
| Profissão<br>CONDUTOR                      | Empresa<br>SAO CAMILO            | Conjuge<br>ELISANGELA FONTENELE SOUSA           |                           |                     |
| Responsável<br>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL | CPF do Responsável               | Endereço<br>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500           | Município<br>TIANGUA      |                     |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                             |                    |                                   |                                              |                                               |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>01/02/2017                              | Hora<br>17:14      | Convênio<br>SUS                   | Matrícula                                    | CID                                           |
| Profissional do Atendimento<br>MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS | CRM/UF<br>10269/CE | Indicador de Acidente<br>Trânsito | Funcionário<br>AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA | Tipo Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO |
| Observação                                                  |                    |                                   |                                              |                                               |

|               |                     |             |       |                                                    |
|---------------|---------------------|-------------|-------|----------------------------------------------------|
| Sala          | Data/Hora Liberação | às          | hs.   | Tipo de Saúde<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
| Sinais Vitais | Peso (kg)           | Altura (cm) | T(°C) | P (bpm)                                            |
|               |                     |             |       | R (mmHg)                                           |
|               |                     |             |       | PA (mmHg)                                          |

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

Poltrauma

Mt Tra. Cervical D

no R de Abuso D

LAC II e D

s/ outras queixas

4 horas  
minutos

Danilo Oliveira Amado  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
SINCE 1998

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

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



Assinatura do Responsável  
MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS  
CRM 10269

\*

MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

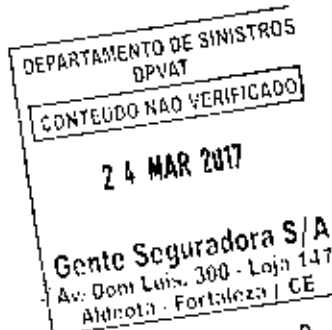
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA

|                                            |                     |                                                 |  |                                       |  |                      |  |
|--------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------|--|
| Prontuário<br>D05238                       | Atendimento<br>0034 | Nome do Paciente<br>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL |  | CNS<br>126648374880001                |  | Guia de Autorização  |  |
| Documento(s)                               |                     | Identidade: 86028102910                         |  | Estado Civil<br>Casado(a)             |  | Sexo<br>Masculino    |  |
| Data de Nascimento<br>29/10/1980           |                     | Local<br>TIANGUA/CE                             |  | Idade<br>36 Ano(s)                    |  |                      |  |
| Pai<br>JOAQUIM AMARAL                      |                     | Mãe<br>RITA VIEIRA AMARAL                       |  |                                       |  |                      |  |
| Endereço<br>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500      |                     | Bairro<br>CENTRO                                |  | CEP<br>62320-000                      |  | Município<br>TIANGUA |  |
| Profissão<br>DO LAR                        |                     | Empresa                                         |  | Conjuge<br>ELISANGELA FONTENELE SOUSA |  | UF<br>CE             |  |
| Responsável<br>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL |                     | CPF do Responsável                              |  | Endereço<br>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500 |  | Município<br>TIANGUA |  |
|                                            |                     |                                                 |  |                                       |  | UF<br>CE             |  |

|                                                        |             |                                     |         |                                                    |           |           |  |     |  |
|--------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|---------|----------------------------------------------------|-----------|-----------|--|-----|--|
| Data Atendimento<br>02/03/2017                         |             | Hora<br>07:51                       |         | Convênio<br>SUS                                    |           | Matrícula |  | Clb |  |
| Profissional de Atendimento<br>DANILLO CONSERVA ARRUDA |             | CRM/UF<br>16408/SP                  |         | Tipo Atendimento<br>RETORNO                        |           |           |  |     |  |
| Indicador de Acidente                                  |             | Funcionário<br>CAROLINE LOPES SILVA |         |                                                    |           |           |  |     |  |
| Observação                                             |             |                                     |         |                                                    |           |           |  |     |  |
| Sala                                                   |             | Data/Hora Liberação                 |         | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |           |           |  |     |  |
| Sinais Vitais                                          |             |                                     |         |                                                    |           |           |  |     |  |
| Peso (kg)                                              | Altura (cm) | T(°C)                               | P (bpm) | R (rpm)                                            | PA (mmHg) |           |  |     |  |

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

*Ambrw D*




*Dr. Danilo Conserva Arruda*  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRMCE 16408

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16408

*LAC II*  
*s/ depreciação*  
*s/ fr*  
*d. AM*  
*ambrw*

*Claudio Mar Vieira do Amaral*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA DO A

Hospital e Maternidade  
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO  SAOCAMILO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - Tianguá/CE  
CEP: 62.320-000 - Fone (99) 3671.2100

CNPJ: 00.975.737/0000-01 - www.saocamilotiangua.org.br

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE claudio v. Amaral  
está em tratamento de saúde e necessita 70  
(setenta) dias de afastamento das suas  
funções para recuperação.

Vem em tratamento desde \_\_\_\_\_  
com diagnóstico (CID) S43.1

Tianguá-Ceará, 1 de Fevereiro de 20 14

  
Dr. Danilo Consêrvo Arruda  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRMCE 16404

Assinatura e Carimbo do Médico

### NOTA:

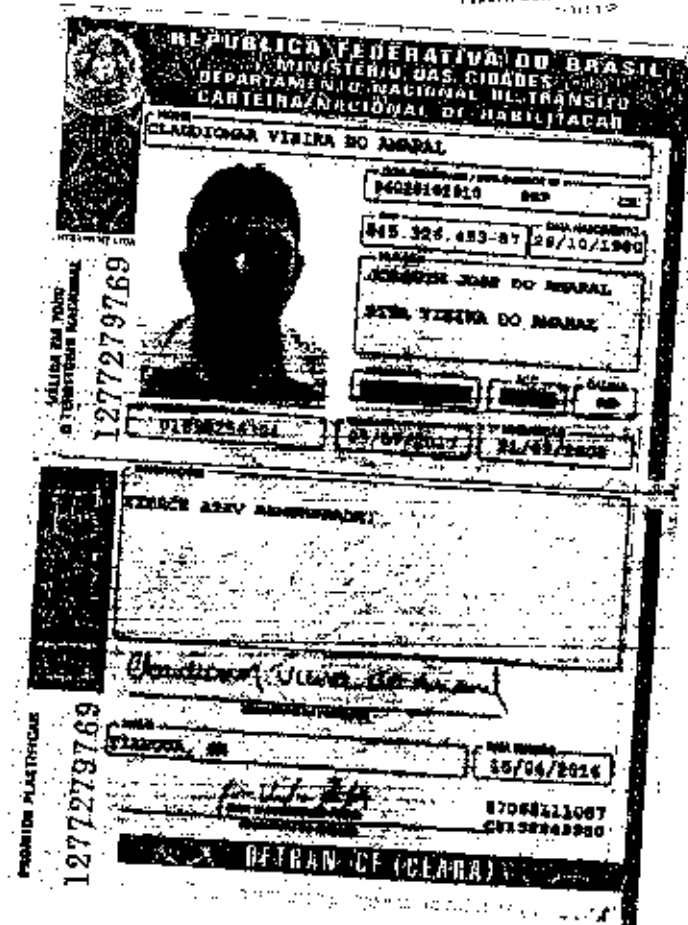
Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R. G. P. S., aprovado pelo decreto Nº 60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01(um) a 15(quinze) dias de afastamento de trabalho.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 MAR 2017

Gento Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza - CE



24 MAR 1977

Gracia Seguradora S. A.  
 Av. San Juan, 13, 1.º, 2.º y 3.º  
 28014 Madrid, España



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA DA CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2001000047500 DATA 25/3/2001

NOME JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

PAIS DO NASCIMENTO JOAO MANUEL RODRIGUES E LUZIA FRANCISCA DA SILVA RODRIGUES

RESIDENCIA TIANGUA-CE

CERT. NASC. 24148 L. 14/12/1966

1001 OF. TIANGUA-CE

JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

VALIDA SOMENTE EM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento 16/12/1989

JOCELIO DA SILVA RODRIGUES

Nome

040.959.823-22

Numero

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Ministério da Justiça

Registro de Pessoas Físicas

Receita Federal



24 MAR 2017

Centro Seguradora S/A

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE:

|                                             |                                     |                                               |                           |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|
| Nome:<br><b>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL</b> |                                     | Nacionalidade:<br><b>BRASILEIRA</b>           |                           |
| Estado Civil:<br><b>CASADO</b>              | Profissão:<br><b>MOTORISTA</b>      | Carteira de Identidade:<br><b>01898256394</b> |                           |
| CPF nº:<br><b>84532645387</b>               | Residência:<br><b>SITIO PARAIBA</b> |                                               |                           |
| Bairro:<br><b>ZONA RURAL</b>                | Cidade:<br><b>TIANGUA</b>           | Estado:<br><b>CEARÁ</b>                       | CEP:<br><b>62-340-000</b> |

### OUTORGADO:

|                                            |                                                      |                                                 |                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Nome:<br><b>JOCELIO DA SILVA RODRIGUES</b> |                                                      | Nacionalidade:<br><b>BRASILEIRA</b>             |                          |
| Estado Civil:<br><b>SOLTEIRO</b>           | Profissão:<br><b>ESTUDANTE</b>                       | Carteira de Identidade:<br><b>2001028067508</b> |                          |
| CPF nº:<br><b>040.959.823-22</b>           | Residência:<br><b>A.V PREFEITO JAQUES NUNES, S/N</b> |                                                 |                          |
| Bairro:<br><b>FRECHEIRAS</b>               | Cidade:<br><b>TIANGUA</b>                            | Estado:<br><b>CEARÁ</b>                         | CEP:<br><b>62320-000</b> |

### PODERES:

Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder, DPVAT e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

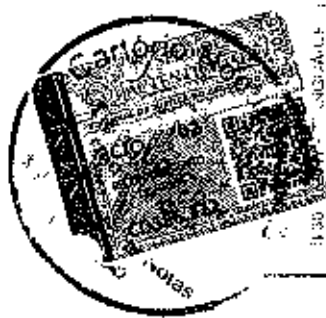
24 MAR 2017

Tiangua – CE, 15 de Março de 2017.

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Lapa 14  
Aldeota - Fortaleza / CE

*Claudioimar Vieira do Amaral*  
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Reconheço como autêntica e verdadeira a...  
firma(s) de *Claudioimar Vieira do Amaral*  
Tianguá-CE, 15 MAR 2017

DRª MARIA LOPES NOGUEIRA - OFICIAL INTERINO  
JOÃO BOSCO GASPAR - SUBSTITUTO  
Veneranda Torres da Rocha - Compromissada

**João Bosco Gaspar**  
Escritor Substituto