



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-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 **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.

<b>Petição*</b>	: 2765846_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
<b>Documentação</b>	: 2765846_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-21.pdf
<b>Documentação</b>	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

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

---

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 inicio 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,



---

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.

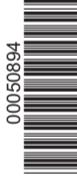
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 10861907

A/C: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

Sinistro: 3170177126 ASL-0119487/17  
Vitima: 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, Claudionor Vieira do AmaralPORTADOR(A) DO RG Nº 038.982.563-09 EXPEDIDO POR Metrom - Be EM 15/09/2016CPF 849.532.645.387 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO motorista

E RENDA MENSAL DE R\$ 9.290,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Claudionor 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCII, 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 Lotéticas 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 site 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.**

**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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1137-6 N° da CONTA (com dígito, se existir) 13.147-9

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tuamopaih, 15 de março de 2017 Claudionor 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.

BANCO DO BRASIL S.A.  
14/03/2017 - AUTO-ATENDIMENTO 08.00.19  
0115771005

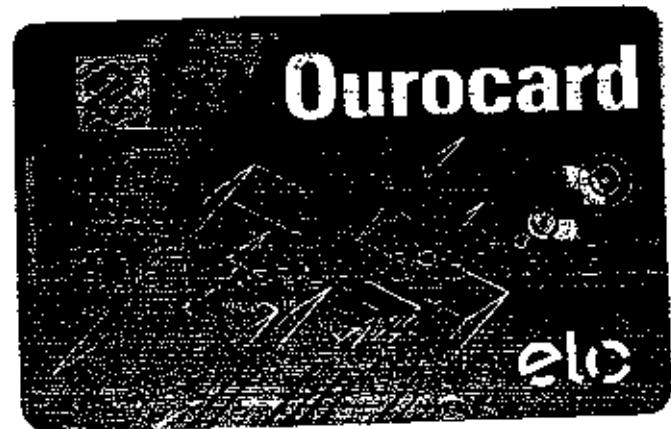
EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

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 - Lote 147  
Aldenca - Fortaleza / CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DHVAT  
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 Vítimas 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 Paraíba, 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.**  
**ASSIMÉTRIA 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 suscetível 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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):

**MEMBRO SUPERIOR - Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 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)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
André de Oliveira Leal  
CRM 16566



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

QJ19487 / 17



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 580 - 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 CEARA/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: SITIO 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 corpo 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 Tianguá-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 impedida de exercer suas funções no trabalho.

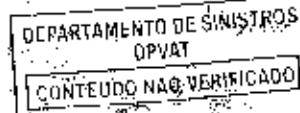
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Thamara Sinimbu  
THAMARA DE MENESES SINIMBU - MAT.: 300900-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Claudio Mar. V do Amaral

VISTO DO DELEGADO(A):

VICENTE DE PAULO JUNIOR - MAT.: 126876-1-3



Gente Seguradora S/A

Avenida Dom Luis, 380 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza - CE

Pág. 1 de 1

Impresso em: 22/03/2017 10:52:52

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Gilson Lemos Amaral, portador da carteira de identidade nº 018.982.563.99 e inscrito no CPF/MF sob o nº 845.326.453.87, residente e domiciliado na Sítio Paraíba - Zona rural, Cidade Tianguá, Estado Ceará, 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.

Gilson Lemos Amaral

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

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

Tianguá - 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 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
Guia de atendimento - EMERGENCIA



DADOS DO PACIENTE

Prenúncio 005238	Atendimento 0032	Nome do Paciente CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CNPJ 12664837480001	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 96028102910	Data de Nascimento 29/10/1980	Local TIANGUÁ/CÉ	Estado Civil Casado(s)	Sexo Masculino	
Pai JOAQUIM AMARAL	Mãe RITA VIEIRA AMARAL			Idade 38 Ano(s)	
Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500	Bairro CENTRO	CPF 62320-000	Município TIANGUÁ	UF CE	Telefone 88 9402207
Profissão CONDUTOR	Empresa SAO CAMILO	Conjuge ELISANGELA FONTENELE SOUSA			
Responsável CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CPF do Responsável	Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500	Município TIANGUÁ		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/02/2017	Hora 17:14	Convênio SUS	Matrícula	QD
Profissional do Atendimento MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS			CRM/UF 10269/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA	
Observação				
Saia		Data/Hora Liberação	às _____ hs.	Tipo de Saída ( ) Alta    ( ) Internação    ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)
				PA (mmHg)

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

Roberto Luis

4. Tore clavicular D

5. Ombro clavicular D

LAC II D

5/ alterar queixa

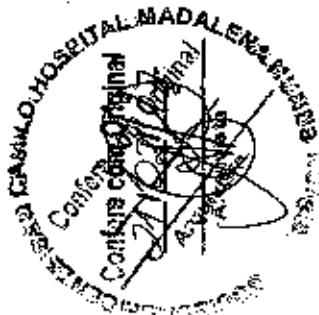
4. hipertensão arterial

DR. ROBERTO LUIZ  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
GENTE SEGURO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

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



MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS - CRM: 10269

+Bianca J. Souza  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL

# 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

Contractor :

(87) - 9.9227 - 213

81-9.9992.7282

Email = foolw36  
④ hotmail.com

Cunhavaria da residência  
000167

DEPARTAMENTO DE SINISTRO:  
DPVAT  
**CONTEUDO NAO VERIFICADO**

24 MAR 2017

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

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

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.106.046-3

**NOTA DE ENERGIA DIFERENÇA GRUPO A / SÉRIE 3416**

Nota 36 31123 03 013600 - 2 Data de Emissão 23/03/2016  
Nome JOCELIO DA SILVA RODRIGUES  
End. Postal AV. JAEQUES NUNES 08000  
FRECHEIRAS - TIANQUA - 62320000  
Medidor 1737038 Posto 0000 00000  
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00  
RG / CPF / CNPJ 040959823-22 CGF  
Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próximo Próxima Leitura
Ago/2016	23/03/2016	23/03/2016

Veja a Legenda ao final desta conta.

**INDÍCIO DE QUALIDADE DO CONSUMO**

Conjunto	Unid.						
1	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**DETALHAMENTO DA CONTA**

Base de Cálculo (R\$)	Aluguel	Valor do Imposto	Mesal	Trm.	Anual	Mesal	Trm.	Anual
73,84	27,00	9,72	DMIC	18,58	222,00	42,00	5,00	60,00
<b>TARIFA RESERVADA AO CONTRATANTE</b>			<b>FIC</b>	7,67	15,34	39,68	6,00	9,00
9145.0381.ED61.WP54.CPF.4468.2H5.PRC			<b>DMIC</b>	5,53			0,63	0,00

**INFORMAÇÃO SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Letr. Anual	Letr. Anterior	Consumo (kWh)	Consum. Ind.	Consum. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5922	5919	1.88	181	0,00	0,02200	73,84
23/03/16	23/03/16					73,84

**VALOR CONSUMO DO MÊS:** 73,84  
VALOR ANUAL: 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 **DRVAT** DEPARTAMENTO DE SINISTROS contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de **OPVAT** CONTEÚDO NÃO VERIFICADO comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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 das, 300 - Loja 147 Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jocelio da Silva Rodrigues, portador(a) do RG nº 2003029667503, expedido por SSP/CE, em 23/05/2001 CPF/CNPJ nº 090.859.823-22 na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) claudiomar Vieira do sinistro de DRVAT da natureza Intevalidez da vítima claudiomar 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

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

## **DADOS DO PACIENTE**

Pronunciário 005238	Atendimento 0032	Nome do Paciente <b>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL</b>	CNS <b>126648374880001</b>	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 96028102910				Estado Civil <b>Casado(a)</b>
Data de Nascimento 29/10/1980	Local <b>TIANGUA/CE</b>	Sexo <b>Masculino</b>		
			Idade <b>36 Ano(s)</b>	
Pai <b>JOAQUIM AMARAL</b>		Mãe <b>RITA VIEIRA AMARAL</b>		
Endereço <b>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	CPF <b>62320-000</b>	Município <b>TIANGUA</b>
UF <b>CE</b>	Telefone <b>88 940220</b>			
Profissão <b>CONDUTOR</b>	Empresa <b>SAO CAMILO</b>	Conjuge <b>ELISANGELA FONTENELE SOLUSA</b>		
Responsável <b>CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL</b>	CPF do Responsável	Endereço <b>RUA PRESIDENTE DUTRA, 500</b>	Município <b>TIANGUA</b>	

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/02/2017	Hora 17:14	Comarca SUS	Matricula	CID
Profissional do Atendimento <b>MARCIO LEONARDO BASTOS VERAS</b>			CRO/UF 10289/CE	Tipo Atendimento <b>CONSULTA COM PROCEDIMENTO</b>
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário <b>AGDA KELVIA FERNANDES DE LIMA</b>			
Observação				

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

Pohle / uL

Mr. Tree: Classmate (D)

## Ortho & para Class (D)

LAC II 20

5/other qualities)

*S. Hyder* *Damascus*  
ORIGIDMETAL  
Service Bars

mark



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

24 MAR 2017

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

MARCIO LEONARDO BASTOS VÉRAS - CRM: 10269

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CLAUDIO MAR VIEIR

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Guia de atendimento - AMBULATORIO

Anônimo Kids Nasimento Sousa  
Técnico em Radiologia  
CRTR - 2677  
Sociedade Beneficente São Camilo  
Hosp e Maternidade Madalena Nunes

Impressão: 02/03/2017 07:51  
Página 1  
v3016007

DADOS DO PACIENTE			
Prontuário D05238	Atendimento 0034	Nome do Paciente CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CNS 126648374880001
Documento(s) Identidade: 86028102910			Guia de Autorização
Data de Nascimento 29/10/1980	Local TIANGU/CE		Estado Civil Casado(a)
Pai JOAQUIM AMARAL	Mae RITA VIEIRA AMARAL		Sexo Masculino
Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500	Bairro CENTRO	CEP 62320-000	Município TIANGU
Profissão DO LAR	Empresa	Conjugado ELISANGELA FONTENELE SOUSA	UF CE
Responsável CLAUDIOMAR VIEIRA DO AMARAL	CPF do Responsável	Endereço RUA PRESIDENTE DUTRA, 500	Município TIANGU
			UF CE
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data Atendimento 02/03/2017	Hora 07:51	Convênio SUS	Motivada CIB
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO
Indicador de Acidente		Fundacionário CAROLINE LOPES SILVA	
Observação			
Sala		Data/Hora Liberação as hs.	
Sinais Vitais			
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (mmHg)
			R (mmHg)
			PA (mmHg)

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

Ombro D

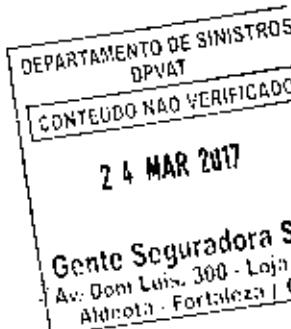
WAC II

s / dor m

s / fm

d. Am

anhy



Dr. Danillo Conserva Arruda  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRMCE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

*Fláudiony Souza*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: CLAUDIOMAR VIEIRA DO A

Hospital e Maternidade  
Madalena Nunes

ADMINISTRAÇÃO SAOCAMILLO

Rua Assembleia de Deus, s/n - Centro - Tianguá/CE  
CEP: 62.320-000 - Fone (88) 3671.2100

CNPJ: 80.975.732/0006-01 - www.saocamillotiangua.org.br

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE Ch. Silviano V. Almeida  
está em tratamento de saúde e necessita 10  
(dezente) dias de afastamento das suas  
funções para recuperação.  
Vem em tratamento desde \_\_\_\_\_  
com diagnóstico (CID) S43.1

Tianguá-Ceará, 1 de Fevereiro de 2014

Dr. Demillo Conselmo Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRMF 16404

Assinatura e Carimbo do Médico

### NOTA:

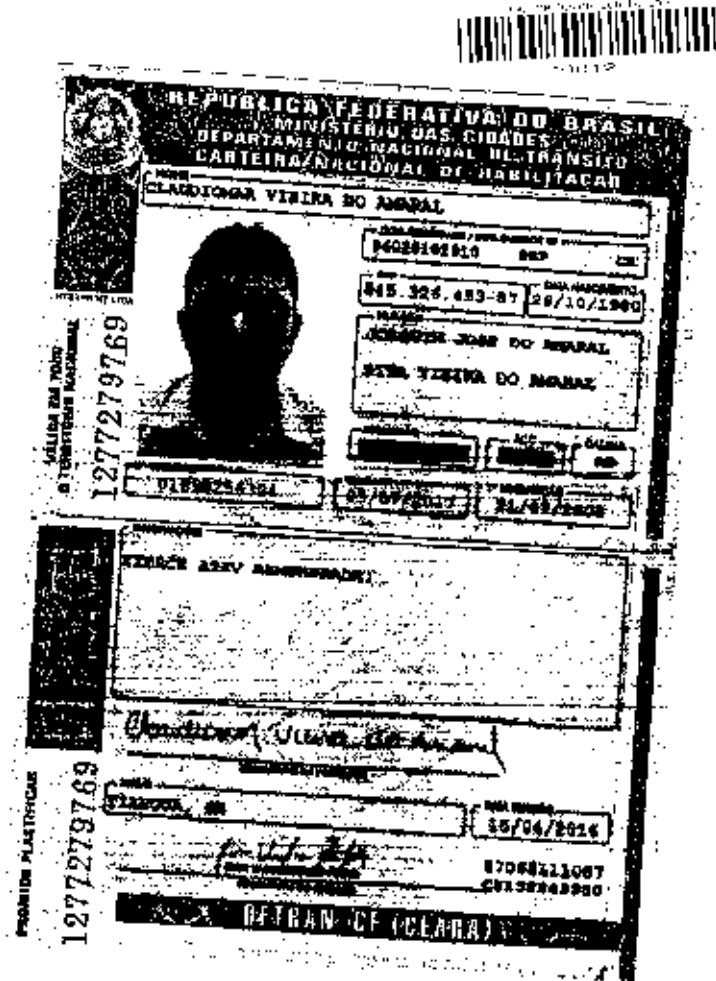
Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R. G. P. S., aprovado pelo decreto Nº 60.501, de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01(um) a 15(quinze) dias de afastamento de trabalho.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

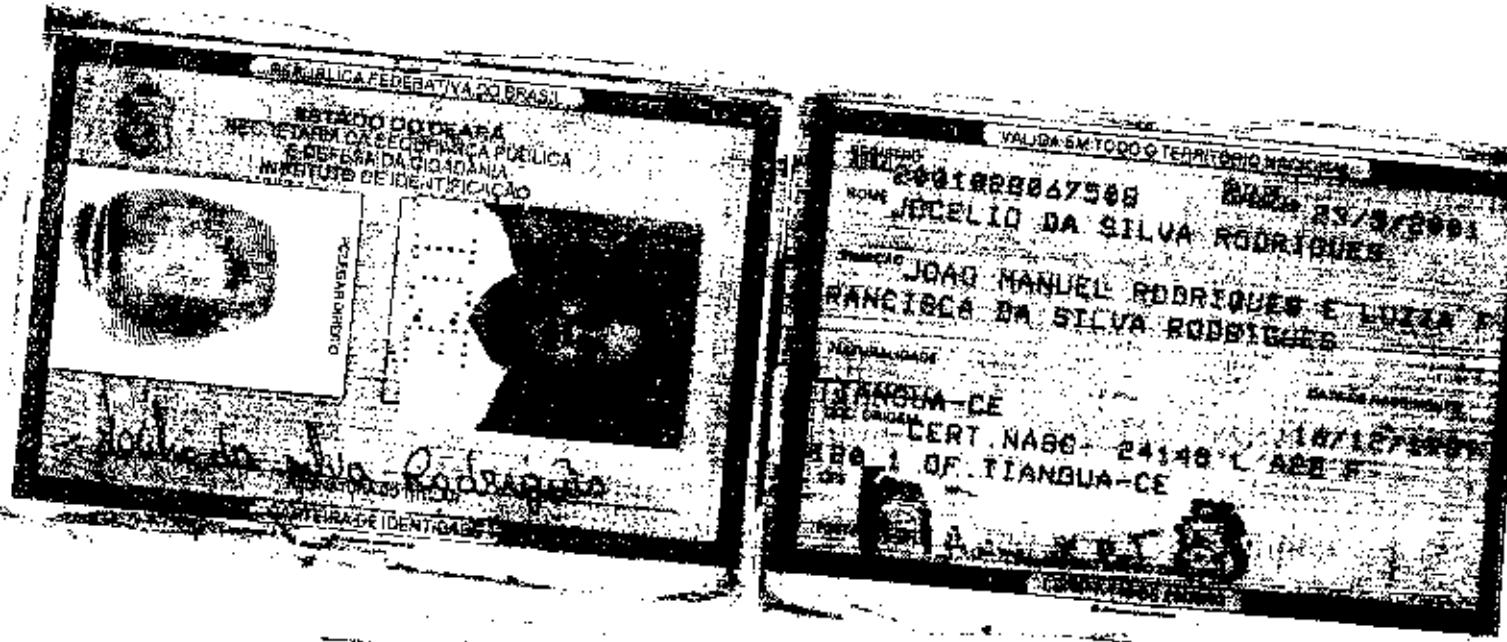
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 MAR 2017

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



Gente Seguradora S.A.  
Av. Paulista, 1.000 - CEP 0131-002  
São Paulo - SP - Brasil



WAGNER SABMENTE EBM GMBH & CO. KG  
10/12/1999

Naaglunath  
6/12/1989

JOCELIO DA SILVA RODRIGUES  
Nome \_\_\_\_\_  
Número \_\_\_\_\_  
040.959.823-22  
Número \_\_\_\_\_

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

24 MAY 2013

Gente Seguidora S



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

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

**OUTORGADO:**

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

**PODERES:**

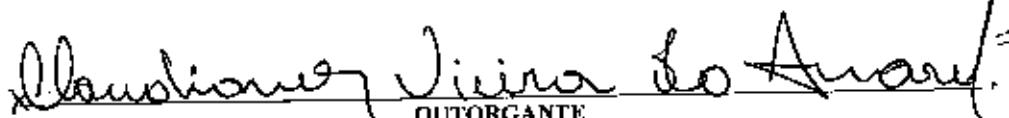
Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas,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

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

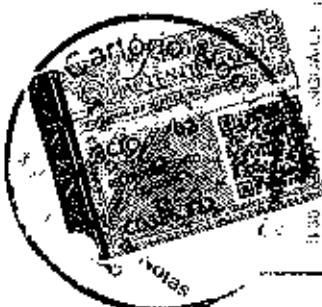
24 MAR 2017

Tiangua – CE, 15 de Março de 2017.

Gente Seguradora S/I  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 14  
Aldeota - Fortaleza / CE

  
**OUTORGANTE**

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



Reconheço como autêntica e verdadeira...  
 firma(s) de Cláudiomar Vieira da Amaral  
Cláudiomar Vieira da Amaral  
 Tianguá-CE, 15 MAR 2017

MC CLÁUDIA APARECIDA NOGUEIRA - OFICIAL INTERNA  
 JOÃO BOSCO GASPAR - SUBSTITUTO  
 Vereadora Fátima da Rocha - Compromissada

**João Bosco Gaspar**  
Eficiente Substitute