



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 **WCRA.20.00170418-4** em **16/11/2020 15:18:40**.
- 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 : Crateús
Processo : 0050786-92.2020.8.06.0070
Protocolo : WCRA.20.00170418-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 16/11/2020 15:18:40

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* : 2766996_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2766996_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: 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, 25 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250386

Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000034980-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250386 **Cidade:** Coreau **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 31/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 01 DA PASTA IML.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

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: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

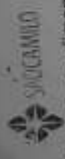
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000034980-5

Nr. da Autenticação 8F71734DF9C1C790

56.3



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS
Gua de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: 139207 0002
CPF: 831 716 923-68
Data de Nascimento: 12/12/1981
Nome do Paciente: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO
CPF: 706902118850532
Data de Nascimento: 05/05/82
Sexo: Masculino
Idade Anos(s): 36
Local: CRATEUS/CE
Município: CRATEUS
UF: CE
CEP: 88 975328/2
Telefone: 88 975328/2
Endereço: ZONA RURAL
Cidade: CRATEUS
Estado: CE
Município: CRATEUS
UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data de Atendimento: 31/10/2018
Hora: 04:31
Completado: SUS
Profissional de Atendimento: JOAO VICTOR LEITAO MELO
Indicador de Atendimento: 00
Tipo de Atendimento: CONSULTA COM MEDICACAO
CRM/UF: 15482/CE
Função: ZILDIANIA DE SOUSA LINHARES
Tipo de Sessão: ALI
Data de Sessão: 31/10/2018 04:55
Sinais Vitais: Pressão: 85/55
Frequência Cardíaca: 85
Temperatura: 36.5
Pulso: 85
Respiração: 18
Saturação de Oxigênio: 98
Diagnóstico: 15482

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 31/10/2018 04:44
Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO SIC, APRESENTA ESCORIAÇÕES NO CORPO.
RELATA DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, MSE E MIE
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES
SEM MAIS QUEIXAS

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

31/10/2018 04:56:06h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO SIC, APRESENTA ESCORIAÇÕES NO CORPO.
RELATA DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, MSE E MIE
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES
SEM MAIS QUEIXAS

cd xollarem 01 amp im agora
rx calvícula esquerda,

AVANÇADO DO TRATAMENTO. 04/55

Dr. João Victor Melo

CRM-CE 15482
MÉDICO
GEMELO GERAL

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM - 15482

Antonio Leonildo Cosmo
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA MARIA MARTIN



AValiação Médica

Informações da vítima

Nome Completo: ANTONIO LUIZ LOPES DOS SANTOS DO NASCIMENTO
CPF e/ou RG: 935.936.923-68

Informações do Acidente

Data do acidente: 31/10/2018

avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ.

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

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: ENVOLVIMENTO DE CLAVÍCULA ESQ. COM DOIS AOS INTENSOS ESPORÁDICOS, COM LIMITAÇÃO LIGEIRA DA A.M. DO OMBRO ESQ.

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

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: OMBRO ESQ.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

03.07.2020. CRATBUS-00

Local e data da realização da avaliação médica

Antonio Luiz Lopes dos Santos
assinatura da vítima

Dr. Cláudio Freire de Sá
Médico
CREMED 19150-6

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197354/20

Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIM

CPF: 931.716.923-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/10/2018

Titular do CPF: ANTONIO IVONILDO
COSMO DO NASCIMENTO

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO : 931.716.923-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250386

Vítima: ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

