



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 **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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 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

**Valorização 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.

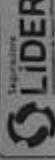
**Documentos complementares:**

**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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

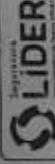


PEDIDO DO SEGURO DPVAT

44 American Journal of Roentgenology

X Latecoëre Aérodrome de Paris

47-11100-024-00000000000000000000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

44 - Local de  
Assistência do Representante Legal (se houver)

# 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

Gmel

A Tertú Social da Escola Estadual  
de Educação Infantil Lai Chi 10-438  
de 18 de abril de 2002

Nº do Cliente

9678356

ANSWER

**Roda** CT730002 - 174328  
**Referência** 05/28/20  
**Nome do cliente** DUDALB [76]

TABELA 1 - DADOS DA MARCHA		TABELA 2 - DADOS DA MARCHA		TABELA 3 - DADOS DA MARCHA	
DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA
16/01/2005	15:00:00	16/01/2005	15:20:00	16/01/2005	15:40:00
DADOS DA MARCHA		DADOS DA MARCHA		DADOS DA MARCHA	
Lata Aberta		Lata Aberta		Lata Aberta	
Peso		Peso		Peso	
PP	5.222	PP	5.222	PP	5.222

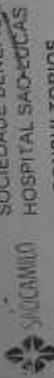
CUSTO DE DISPOÑIBILIOADES  
CUSTOS HOMOLOGADOS

13 JUN 2020

Tributo	Base (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	100,00	15,00	15,00
COFINS	100,00	3,00	3,00
Total	100,00	18,00	18,00

**ANEXO 1: INDICADORES ALCANCE**

**PREVIO AVISO NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSAO DE FUNCIONAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA** Voca possuir conta(s) em atraso CHEF/2020/03 Valor R\$32.43. A residência consta possuir suspensão de energia. (Res. ANEEL 444/2013 art. 171, C/C 1273). O uso da energia é proibido.



SOCIIDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

HOSPITAL SAGRADO CORAÇÃO

## Dados do Paciente

Dados do Paciente		Dados da Autorização	
Nome e sobrenome	ANTONIO IVONILDO COSMO DO NASCIMENTO	CRM	7009211680532
Academia	0002	Nome da Escola	Antônio Cosmo do Nasc.
CPF	931.716.922-68	Sexo	Masculino
Local de Residência	CRATEUS/CHE	Idade	26 Anos
CEP	13900-071	Telefone	88 97532822
fone de Residência	(21)217083	CE	
Profissão	FRANCISCO DO NASCIMENTO SOBRINHO	CRM	
Endereço	ZONA RURAL	Número	63700-000
Cidade	CRATEUS	CEDEP	
Estado	RJ	Município	CRATEUS
Indicador		Via de Saída	
Indicador de Atendimento	Francisca Maria Martins da S	Nome	
Quartel		CPF do Responsável	Camilo Salgado SN
Sexta		Nome	
Data Atendimento	04/10/2018	Nome	
Profissional de Atendimento	JOAO VICTOR LEITAO MELO	CRM/CRC	15482/CE
Indicador de Atendimento		Função	ZILDJIANA DE SOUZA LINHARES
Quartel		Via de Saída	
Sexta		Nome	
Data Atendimento	04/10/2018 04:55	Nome	
Profissional de Atendimento	JOAO VICTOR LEITAO MELO	CRM/CRC	15482/CE
Indicador de Atendimento		Função	ZILDJIANA DE SOUZA LINHARES

## Dados do Atendimento

Dados do Atendimento		Dados da Autorização	
Hora	04:55	Nome	
CRM/CRC	SUS	CRM/CRC	
Nome	JOAO VICTOR LEITAO MELO	Função	ZILDJIANA DE SOUZA LINHARES
Indicador de Atendimento		Via de Saída	
Quartel		Nome	
Sexta		Nome	
Data Atendimento	04/10/2018 04:55	Nome	
Profissional de Atendimento	JOAO VICTOR LEITAO MELO	CRM/CRC	15482/CE
Indicador de Atendimento		Função	ZILDJIANA DE SOUZA LINHARES

## 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 ESCORIACOES NO CORPO  
 RELATA DOREM REGIAO CLAVICULAR ESQUERDA, MSE E MIE  
 SEM MAIS QUEIXAS  
 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 ESCORIACOES NO CORPO  
 RELATA DOR EM REGIAO CLAVICULAR ESQUERDA, MSE E MIE  
 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

SEM MAIS QUEIXAS

✓ cd voltarem 01 amp im agora

rx clavícula esquerda ✓

ANALISA AFAD 00 TRAU SANGRO OPUSC-4 ✓

Dr. João Victor Melo

CRM/CRC 15482  
MÉDICO  
CLÍNICO GERAL

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM 15482  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: FRANCISCA MARIA MARTIN



## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da vítima

Name Completo: MUTONICO LUCAS LIMA DO NASCIMENTO  
CPF e/ou RG: 933 916 923 68

### Informações do Acidente

Data do acidente: 31/10/2018

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:  
a) Região(s) corporal(is) acometida(s):  
6727722a 02 clavícula esq.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:  
TOMAMENTO CONSEGUINOCO OG PRATURA OG CRIA  
VICULAS ESGO.

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:  
CGSO AVATON DA OCULTA CRIAÇÃO ESGO 02-  
CLAVICULA ESGO. COM 002 AOS INTENSOS ESGO-  
CGS, COM UNI TACO CAVO DA R. 0M. 00 CM 00 CGS

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação das lesões permanentes, que não sejam mais suscetíveis a tratamento como sendo gerador(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:

1º Lesão: 0m.500 ESGO

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

2º Lesão:

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

3º Lesão:

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

4º Lesão:

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

03-03-2020 COPIAS - CC

Local e data da realização da avaliação médica

*Dr. Cláudio Henrique Macêdo  
CRM/ES 19130*

*Cláudio Henrique Macêdo  
Assinatura da vítima*

# 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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

