



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE IBIAPINA/CE

Processo: 00005485220198060087

**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 **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**, 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 **30/10/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/11/2017**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 **30/10/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO 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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<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,

IBIAPINA, 29 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

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

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 bço                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |



## 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 **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **IBIAPINA**, nos autos do Processo nº 00005485220198060087.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2021.



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 **WIBP.21.00165181-2** em **05/02/2021 10:40:38**.
- 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 : Ibiapina  
Processo : 0000548-52.2019.8.06.0087  
Protocolo : WIBP.21.00165181-2  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 05/02/2021 10:40:38

### Partes

Solicitante : SEGURADORA LIDER 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\* : 2782802\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
Documentação : 2782802\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-35.pdf  
Procuração/Substabelecimento: PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf  
Procuração/Substabelecimento: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
Procuração/Substabelecimento: ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
Procuração/Substabelecimento: ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf

### Downloads

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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Nº Sinistro: 3180035035

Vitima: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Data do Acidente: 30/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180035035**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Nº Sinistro: **3180035035**

Vitima: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Data do Acidente: **30/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035035**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12271687



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Sinistro: **3180035035**  
Vítima: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**  
Data do Acidente: **30/10/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180035035** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13149569

A/C: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Nº Sinistro: 3180035035  
Vítima: ALESSANDRO LIMA COUTINHO  
Data do Acidente: 30/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000785

Conta: 000000044880-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| 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 |
|----------------------------------------|-----|--------|

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



**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**

Sinistro: **3180035035**  
Nome do(a) Examinado(a): **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **R SETE DE SETEMBRO nº 2 - CENTRO - IBIAPINA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 12375986 - SSP**  
Data e local do acidente: **30/10/2017 TIANGUA/CE**  
Data e local do exame: **17/07/2018 SOBRAL/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMA CRANIANO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA COM BOA EVOLUÇÃO. ALTA ORTOPÉDICA**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**REDUÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA DE OMBRO ESQUERDO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE OMBRO ESQUERDO**  
**SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

  
Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180035035 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSANDRO LIMA COUTINHO **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIANO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE OMBRO ESQUERDO.  
SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.  
REDUÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA DE OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA COM BOA EVOLUÇÃO. ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelae permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelae:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL SEM SEQUELAS.

REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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            |

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

050.516.466-38

Nome completo da vítima

Alexsandro Lima Coutinho

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                           |                   |                                        |                               |
|-------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| Nome completo<br>Alexsandro Lima Coutinho |                   | CPF titular da conta<br>050.516.466-38 | Profissão<br>Técnico Agrícola |
| Endereço<br>Rua 7 de Setembro             |                   | Número<br>02                           | Complemento                   |
| Bairro<br>Centro                          | Cidade<br>Goiânia | Estado<br>Goiás                        | CEP<br>72-360.000             |
| Email<br>Riendpvt.seguro@gmail.com        |                   | Telefone (DDD)                         |                               |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.  
0785

DV

013

CONTA

NRO.

00044880

DV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

DV

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiânia - GO, 03 de Dezembro de 2017

Local e Data

Alexsandro Lima Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

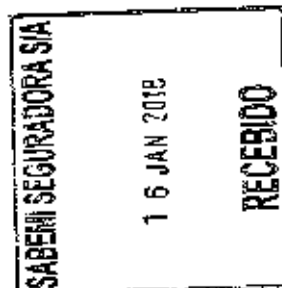
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO





SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

ASSINATURA AUTORIZADA

883

Este cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 726 0505 (Demais regiões)

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

**CAIXA**

**AQUI Banco24Horas**

**elo**  
DÉBITO



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

ARTÓRIO ARAGÃO  
2º OFÍCIO  
RUA VICENTE SOARES, S/N

A PRESENTE COPIA FOTOGRÁFICA  
COM O ORIGINAL EXIBIDO NO  
IBIAPINA - CE  
EM TESTE

08 DEZ. 2017

☐ Maria Nêda da Cunha Aragão - POLÍCIA PÚBLICA  
☒ Lucia Aragão Furtado - ESC. SUBSTITUTA

VALIDO SOMENTE COM O SELO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 560 - 4015 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **28/11/2017 14:32:49**

Data / Hora da Ocorrência: **30/10/2017 08:00:00**

Endereço da Ocorrência: **BR 187**

Complemento:

Bairro:

Município: **TIANGUA/CE**

Ponto de Referência: **PROXIMO A HONDA**

**Noticiante(s)**

Nome: **ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Nascimento: **17/11/1980** CPF: **050.516.466-38**

CNH: **02937931802**

Orgão Emissor: **DETRAN**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO**

**HOZANAN RODRIGUES COUTINHO**

Endereço: **RUA 7 DE SETEMBRO Q 08, LOTE 02**

Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **IBIAPINA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99655-4704**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HXT1192** Uf: **CE** Município: **TIANGUA** Chassi:

**9C2KD03307R026729** Renavam: **914104195** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano

Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**VERMELHA** Proprietário: **LEANDRO DAMASCENO DA ROCHA** Situação:

**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA PLACA HXT1192, QUANDO ACESSOU A CE 187, PRÓXIMO A CONCESSIONÁRIA HONDA, QUANDO SUA MOTOCICLETA DESLIZOU EM DECORRÊNCIA DE DEPRESSÃO QUE HAVIA NO ASFALTO; QUE HAVIA PASSADO UMA MÁQUINA RASPANDO O ASFALTO PARA RECONSTRUIR A RODOVIA; QUE HAVIA UMA DIFERENÇA DE APROXIMADAMENTE TRÊS CENTÍMETROS DO ASFALTO QUE TINHA FICADO NA PISTA; QUE NÃO HAVIA NENHUMA SINALIZAÇÃO; QUE SOUBE QUE NA MESMA DATA HOUVERAM OUTROS ACIDENTES; QUE FICOU DESACORDADO APÓS CAIR DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E DEU ENTRADA NO HOSPITAL MADALENA NUNES; QUE FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA E TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JESSYCA AGUIAR BITTENCOURT - MAT.: 300643-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alessandro Lima Coutinho

RECEBIDO

VISTO DO DELEGADO(A):

ISABELI SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexsandro Lima Cortinho, portador da carteira de identidade nº MG12375986 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.516.466-38, residente e domiciliado na Rua 7 de Setembro, Cidade Itapipema, Estado Pernambuco, 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 Líder 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.

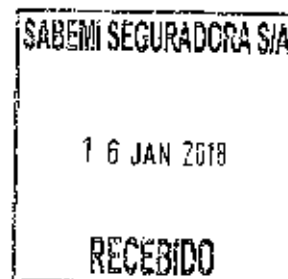
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexsandro Lima Cortinho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itapipema - CE 21 Dezembro 2017

Local e data



V3290  
5720



DADOS DO PACIENTE

|                                      |                                    |                                              |                           |                         |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Prontuario<br>139196                 | Atendimento<br>0010                | Nome do Paciente<br>ALESSANDRO LIMA COUTINHO | CNS<br>898003286324134    | Guia de Autorização     |
| Documento(s)<br>Identidade: 12375986 |                                    |                                              | Estado Civil<br>Casado(a) | Sexo<br>Masculino       |
| Data de Nascimento<br>17/11/1980     | Local<br>BRASILIA/DF               |                                              |                           | Idade<br>36 Ano(s)      |
| Pai<br>HOZANAN RODRIGUES COUTINHO    | Mãe<br>MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO |                                              |                           |                         |
| Endereço<br>RUA SETE DE SETEMBRO, SN | Bairro<br>CENTRO                   | CEP<br>62360-000                             | Município<br>IBIAPINA     | UF<br>CE                |
| Profissão<br>TECNICO AGRICOLA        | Empresa                            | Cônjuge<br>MARIA SOLANGE LIMA MENDES         |                           | Telefone<br>88 92542478 |
| Responsável<br>ALESSANDRO            | CPF do Responsável                 | Endereço<br>RUA SETE DE SETEMBRO, SN         | Município<br>IBIAPINA     | UF<br>CE                |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                       |               |                 |                                       |                                               |
|-------------------------------------------------------|---------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>30/10/2017                        | Hora<br>08:37 | Convênio<br>SUS | Matrícula                             | Cid                                           |
| Profissional do Atendimento<br>DAYANE PARENTE PAULINO |               |                 | COREN/UF<br>403173/CE                 | Tipo Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO |
| Indicador de Acidente<br>Trânsito                     |               |                 | Funcionário<br>DAYANE PARENTE PAULINO |                                               |
| Observação                                            |               |                 |                                       |                                               |

|      |                                         |                       |
|------|-----------------------------------------|-----------------------|
| Sala | Data/Hora Liberação<br>30/10/2017 09:02 | Tipo de Saída<br>Alta |
|------|-----------------------------------------|-----------------------|

|               |           |             |      |         |          |           |
|---------------|-----------|-------------|------|---------|----------|-----------|
| Sinais Vitais | Peso (kg) | Altura (cm) | FCI  | P (bpm) | R (mmHg) | PA (mmHg) |
|               |           |             | 36.4 | 88      | 18       | 140 X 80  |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 30/10/2017 08:48

Responsável pela Classificação: DAYANE PARENTE PAULINO

Relatório:

CLIENTE DA ENTRADA NA UNIDADE. ACOIHDADO NA EMERGENCIA CONDUZIDO PELO RESGATE. VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUEDA DE MOTO COM USO DE CAPACETE, APRESENTA QUEIXA DE DOR NA REGIÃO CLAVICULAR E E MSE, NEGA COMORBIDADES, REFERE ALERGIA A BUSCOPAN COMPOSTO

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

30/10/2017 09:01:56h Responsável: DAYANE PARENTE PAULINO COREN-CE 403173

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro esquerdo e pé esquerdo

30/10/2017 09:02:41h Responsável: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM-CE 15837

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro esquerdo e pé esquerdo

Dr. Dayane Parente Paulino  
GRANDE PRONTO  
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

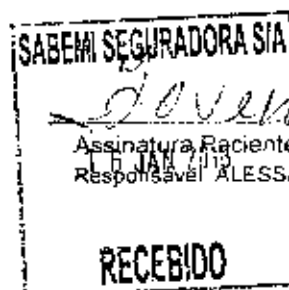
Rx clavícula e  
alhos que  
d alta orl

Prescrição: 0001 Data: 30/10/2017 Hora: 09:03 Médico: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM: 15837

| Prescrição                                 | Usagem | Via  | Frequência | Aprazamento |
|--------------------------------------------|--------|------|------------|-------------|
| reavaliar                                  |        |      |            |             |
| DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - 2ML AMP (E.V.) | 1 amp  | E.V. | 06/06 H    |             |
| CETOPROFENO 100MG EV amp                   | 100mg  | E.V. | 12/12 H    |             |
| Rx pé esquerdo                             |        |      |            |             |
| Rx coluna cervicatl. toracica e lombar     |        |      |            |             |
| RX TORAX PA                                |        |      |            |             |

DAYANE PARENTE PAULINO - COREN: 403173

Co Grammatoteia



# 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: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ALESSANDRO LIMA COUTINHO

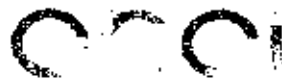
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00785

CONTA: 000000044880-0

---

Nr. da Autenticação 9F3A5F9B4ACA5A94



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série 9-4 | N° 492541407

Companhia Energética do Ceará

Rua Padrao Valdevino, 150 | CEP 60125-050 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07342751/000170 | CGF 06 105,518 3Comprovante de recebimento  
Ata de Rec. Social  
Data de Rec. Social

Esta é a segunda via de

SET/2017

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conoscoNº DO CLIENTE  
4384441 DV 3VENCIMENTO  
12/09/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA  
CONSUMO

Rota 06 031050 05 010000

Nome ALESSANDRO LIMA COUTINHO

Endereço Postal

Medidor

25115802

Posto

0000 A09L

End. da Unidade RU 7 DE SETEMBRO 00000 CS LOTE 02 CENTRO IBIAPINA  
Consumidora 62360300

RG / CPF / CNPJ 050.516.465-38

CGF

Classe U1-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Excluído

7400

7275

1

125

0

125

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

125

0,74623

93,27

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão  
ApresentaçãoPrev. Próxima  
Leitura

12/09/2017

11/10/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

307E,96A9,B355,8070,7D33,5101,6764,568F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
93,27 27% 25,18

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| ENERGIA                     | 31,04 |
| TRANSMISSÃO                 | 3,13  |
| DISTRIBUIÇÃO                | 21,38 |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 7,30  |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 10,75 |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo da energia elétrica.

Emitido kg CO<sub>2</sub> Compensado kg CO<sub>2</sub> Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

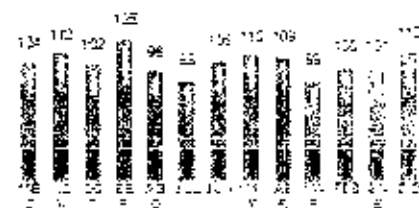
Veja a legenda no verso desta conta. QM: 19,80

Cenário IBIAPINA

Mês JUL/ 2017

|          | Padrão Individual |       | Apuração Individual |       |      |
|----------|-------------------|-------|---------------------|-------|------|
|          | Mensal            | Anual | Mensal              | Anual |      |
| DIC (m)  | 5,31              | 10,62 | 21,25               | 0,00  | 0,00 |
| PC (uni) | 3,36              | 6,72  | 13,45               | 0,00  | 0,00 |
| DMIC (m) | 3,03              |       |                     | 0,00  |      |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



0000 Corrente

Atendimento mecânico cliente

Nº do Cliente: 4384441-3

Nº da Nota Fiscal: 492541407

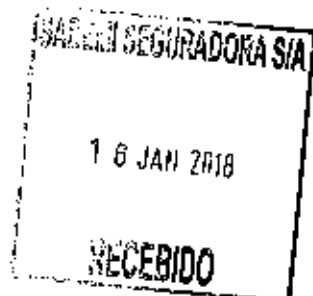
Total a Pagar (R\$): 112,23

Data de Emissão: 28/11/2017

Referência: SET/2017

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER





**Nº DO CLIENTE**  
**3145901-3**

Para aplicar seu cancelamento, utilize o nº acima  
 dentro do prazo de validade.

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

Companhia Energética do Ceará  
 Rua Pedro Valdeirino, 150  
 CEP 62136-040 | Fortaleza - CE  
 CNPJ 08.572.510/0001-70 | CGF 02.105.898-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 503494646

Rota 01 31050 01 056600 - 3 Data de Emissão 06/12/2017

Nome MARIA AUXILIADORA CORREIA AGUIAR

End. Postal RU FRANCISCO CUSTODIO DE AZEVEDO 00000 CS BAIRRO SAO JI  
 IBIAPINA - IBIAPINA - 62360000

Medidor 2100660 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,80

RG/CPF/CNPJ 379845433-72 CGF

Nome do Responsável

| DATAS                             |                      |                  | ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO     |          |          |
|-----------------------------------|----------------------|------------------|-----------------------------------------|----------|----------|
| Mês da Referência                 | Data da Apresentação | Próxima Leitura  | Veja o índice de qualidade desta conta. |          |          |
| 06/2017                           | 06/12/2017           | 03/01/2018       | Conjunta                                | 0,991181 |          |
|                                   |                      |                  | M8a                                     | 0,991181 | 0,991181 |
| ICMS                              |                      |                  | Padrão Individual                       |          |          |
| Base do Cálculo (R\$)             | Alíquota             | Valor do Imposto | Mensal                                  | Trim.    | Anual    |
| 100,00                            | 7,00%                | 7,00             | 0,00                                    | 0,00     | 0,00     |
| ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL |                      |                  | Padrão Individual                       |          |          |
| 571-04-0000-0000-0000-0000        |                      |                  | Mensal                                  | Trim.    | Anual    |
|                                   |                      |                  | 0,00                                    | 0,00     | 0,00     |
|                                   |                      |                  | 0,00                                    | 0,00     | 0,00     |
|                                   |                      |                  | 0,00                                    | 0,00     | 0,00     |

| INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO |                |         |               |               |                  |             |
|--------------------------------------------|----------------|---------|---------------|---------------|------------------|-------------|
| Leit. Atual                                | Leit. Anterior | Consumo | Consumo (kWh) | Consumo (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
| 0499                                       | 1588           | 1,00    | 1,00          | 0,86          |                  |             |
| 05/12/17                                   | 06/11/17       |         | 30 5148       | 151           |                  | 100,58      |

| DESCRIÇÃO                                    | VALOR (R\$) |
|----------------------------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MES                         | 100,58      |
| MULTA MORATORIA REF 11/2017                  | 2,37        |
| JUROS DO MES                                 | 1,16        |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL                 | 17,41       |
| DOACAO SANTA CASA SOBRAL - TEL 0800 280 7700 | 5,00        |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 8,89 ) |             |

|                                |        |                                                    |     |
|--------------------------------|--------|----------------------------------------------------|-----|
| 12/11/2017                     |        | 126,99                                             |     |
| VENCIMENTO                     |        | TOTAL A PAGAR (R\$)                                |     |
| COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO |        | HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)            |     |
| Consumo                        | 100,58 | 140                                                | 131 |
| Multa                          | 2,37   | 161                                                | 143 |
| Juros                          | 1,16   | 146                                                | 123 |
| Iluminação Pública             | 17,41  | 132                                                | 142 |
| Doação Santa Casa Sobral       | 5,00   | 152                                                | 151 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS)     | 32,49  | 150                                                | 143 |
| TOTAL                          | 189,58 | 126                                                | 153 |
|                                |        | LED 000 Rec-Ord Bst-Ord Jul Jan-Mar Mai-16 Set-Out |     |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão (kg CO<sub>2</sub>) 58,62 Compensação (kg CO<sub>2</sub>) 0,00 Densidade Ecológica (kgCO<sub>2</sub>)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

Para verificar se a conta é autêntica, utilize o código QR Code.

Seu código de cliente segue o padrão VERIFICADOR.

Esta conta fatura R\$ 5,34 referente a PIS e COFINS. Atualizado: PIS=0,45 e COFINS=0,89.

**SABEMI SEGURADORA S/A**

16 JAN 2018

**RECEBIDO**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

RG nº 2002099076/68 data de expedição 24/05/2018 Órgão SSP/CE

CPF nº 053.575.303-94, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Prça) | Rua Sônia Pontes                  |
| Número                           | 634                               |
| Apto / Complemento               | Situated no Calçadão da Liberdade |
| Bairro                           | Centro                            |
| Cidade                           | Itiara                            |
| Estado                           | Ceará                             |
| CEP                              | 62.360-000                        |
| Telefone de Contato              | (88) 9.96243851                   |
| E-mail                           | bernardonogueira.adv@hotmail.com  |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itiara, 05 de junho de 2018.

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_

  
De Bernardo Aguiar Nogueira  
ADVOGADO  
OAB/CE 28.484







## 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>.

<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.

Pelo exposto, eu Bernardo Aguiar Nogueira, portador(a) do RG nº 2002099076168, expedido por SSP/CE, em 23 / 07 / 2022, CPF/CNPJ nº 053.575.303 - 94,

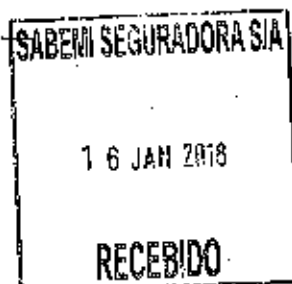
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Lima Coutinho do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_

da vítima Alexandre Lima Coutinho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recuso-me

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Bernardo Aguiar Nogueira  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**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>.

<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.

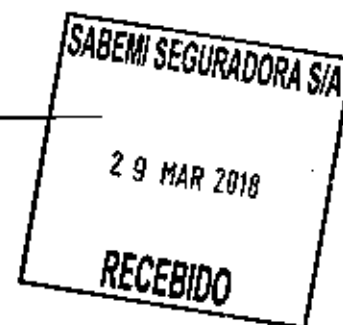
Pelo exposto, eu BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA, portador(a) do RG nº 2002099076168, expedido por SSP/CE, em 23/07/2002, CPF/CNPJ nº 053.575.303-94

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ALESSANDRO LIMA COUTINHO do sinistro de DPVAT da natureza Inundação da vítima Alessandro Lima Coutinho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Bernardo Aguiar Nogueira  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<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 9.131/96.

Pelo exposto, eu BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.575.303 / 94 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALESSANDRO LIMA COUTINHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.516.456 / 38 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima ALESSANDRO LIMA COUTINHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.516.456 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: RECUSO - M.E. e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                                  |                            |                                                   |                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Inácio Pontes</u>             |                            | Número<br><u>634</u>                              | Complemento                                      |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                          | Cidade<br><u>Itiapiuna</u> | Estado<br><u>Ce</u>                               | CEP<br><u>62360-000</u>                          |
| Email<br><u>bernardonogueira.adv@hotmail.com</u> |                            | Telefone comercial(DDD)<br><u>(88) 9.96243851</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(88) 9.96243851</u> |

Itiapiuna, 26 de abril de 2018  
Local e Data

Bernardo Aguiar Nogueira  
Assinatura  
ADVOGADO  
OAB/CE 38.484



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEANDRO DAMASCENO DA ROCHA

RG nº 2000281071898, data de expedição 21/08/2014,  
Órgão SSP/CE portador do CPF nº 907.786.853-49, com  
domicílio na cidade de TIANGUÁ no Estado de  
CEARÁ onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SÍTIO SANTA MARIA, ZONA RURAL DE TIANGUÁ/CE, nº 517,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Alessandro Lima Coutinho cujo o condutor era  
Alessandro Lima Coutinho.

Veículo: **MOTOCICLETA**  
Modelo: **HONDA /NXR 150 BROS ES**  
Ano: **2007**  
Placa: **HXT 1192**  
Chassi: **9C2KD03307R026729**  
Data do Acidente: **30/10/2017**  
Local e Data: **TIANGUÁ, 08 DE FEVEREIRO DE 2018**

Leandro Damasceno da Rocha  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor [ caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro ]

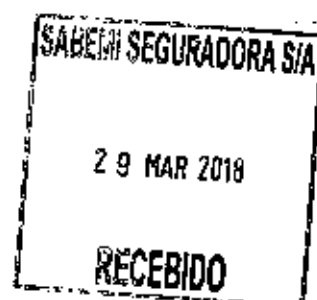
Reconheço a(s) firma(s) autenticidade e  
verdadeira de: Leandro Damasceno  
da Rocha

09 FEV 2018

ANASTACIA JANE N. DE SA - Escrevente Autorizada

CAETANO DE OLIVEIRA  
1ª CANTINA DE ALIMENTOS E BEBIDAS  
Av. Pref. João de Deus, 100 - Centro  
TIANGUÁ - CE

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Impressão: 07/11/2017



DADOS DO PACIENTE

|                                      |                                     |                                              |                               |                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Prontuário<br>139196                 | Atendimento<br>0014                 | Nome do Paciente<br>ALESSANDRO LIMA COUTINHO | CNS<br>698003286324134        | Guia de Autorização   |
| Documento(s)<br>Identidade: 12375986 | Data de Nascimento<br>17/11/1980    | Local<br>BRASILIA/DF                         | Estado Civil<br>Casado(a)     | Sexo<br>Masculino     |
| Pai<br>HOZANAN RODRIGUES COUTINHO    | Mãe<br>MARIA LIDIUINA LIMA COUTINHO | Bairro<br>CENTRO                             | CEP<br>62360-000              | Município<br>IBIAPINA |
| Endereço<br>RUA SETE DE SETEMBRO, SN | UF<br>CE                            | Telefone<br>88 92542479                      | Profissão<br>TECNICO AGRICOLA | Empresa               |
| Conjuge<br>MARIA SOLANGE LIMA MENDES | CPF do Responsável                  | Endereço<br>RUA SETE DE SETEMBRO, SN         | Município<br>IBIAPINA         | UF<br>CE              |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                             |                    |                                |                                     |     |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----|
| Data Atendimento<br>07/11/2017                              | Hora<br>10:59      | Convênio<br>SUS                | Matrícula                           | CID |
| Profissional do Atendimento<br>GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA | CRM/UF<br>17797/CE | Tipo Atendimento<br>OBSERVACAO | Funcionário<br>FAIANE SOUZA DE LIMA |     |

Observação  
encaminhado pelo Dr. Danilo.

|      |                     |    |     |                                                    |
|------|---------------------|----|-----|----------------------------------------------------|
| 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) |
|               |           |             | 36,2   | 85      | 18      | 142 X 84  |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 07/11/2017 11:11

Responsável pela Classificação: FRANCISCO HELDER FI

Relatório:

Cliente dá entrada nesta Unidade, setor ACCR, orientado, consciente, deambulando sem ajuda, acompanhado da esposa, com história de queda de moto há 09 dias, com uso de capacete, referindo dores no ombro E e apresentando edema. O mesmo foi atendido na ortopedia desta Unidade, hoje pela manhã e solicita avaliação com o clínico, pois o paciente queixa-se de cefaleia, tonturas, visão turva e náuseas desde o acidente.

Nega alergia medicamentosa. Orientado quanto ACCR e aguarda atendimento médico.

SatO2= 100% a.a

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

07/11/2017 11:35:23h Responsável: GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA CRM-CE 17797

Paciente, vítima de acidente de trânsito com uso de capacete (capacete quebrou após o trauma segundo paciente) há 08 dias, com trauma contuso em região temporal direita e 02 episódios de síncope após o trauma, evoluindo com cefaleia, tontura e turvação visual além de 01 episódio de crise convulsiva HD TCE leve

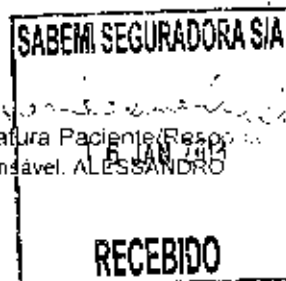
Prescrição: 0001 Data: 07/11/2017 Hora: 11:35 Médico: GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA CRM: 17797

| Prescrição           | Dosagem | Via | Frequência | Aprazamento |
|----------------------|---------|-----|------------|-------------|
| SSV + CCGG           |         |     | 06/06 H    | (1) Retina  |
| Referência para SCMS |         |     |            | (2) Alinção |
| TC de crânio         |         |     |            | (3) Atinção |

Doença Paralela  
Data: 07/11/2017  
COREN 463.112

Georgina Terceiro de Oliveira  
17/11/2017  
CRM-CE 17797

GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA - CRM: 17797



Assinatura Paciente/Responsável: ALESSANDRO



**Guia de atendimento - AMBULATORIO**

### DADOS DO PACIENTE

|                            |      |                             |  |                           |  |                     |  |
|----------------------------|------|-----------------------------|--|---------------------------|--|---------------------|--|
| Preenhimento - Atendimento |      | Nome do Paciente            |  | CNS                       |  | Guia de Autorização |  |
| 139196                     | 0012 | ALESSANDRO LIMA COUTINHO    |  | 898003286324134           |  |                     |  |
| Documento(s)               |      | Identidade                  |  | Estado Civil              |  | Sexo                |  |
|                            |      | 12375986                    |  | Casado(a)                 |  | Masculino           |  |
| Data de Nascimento         |      | Local                       |  | Idade                     |  | 36 Ano(s)           |  |
| 17/11/1980                 |      | BRASILIA/DF                 |  |                           |  |                     |  |
| Pai                        |      | Mãe                         |  |                           |  |                     |  |
| HOZANAN RODRIGUES COUTINHO |      | MARIA LIDIANA LIMA COUTINHO |  |                           |  |                     |  |
| Endereço                   |      | Bairro                      |  | CEP                       |  | Município           |  |
| RUA SETE DE SETEMBRO, SN   |      | CENTRO                      |  | 62360-000                 |  | IBIAPINA            |  |
| Profissão                  |      | Empresa                     |  | Cônjuge                   |  | UF                  |  |
| TÉCNICO AGRÍCOLA           |      |                             |  | MARIA SOLANGE LIMA MENDES |  | CE                  |  |
| Responsável                |      | CPF do Responsável          |  | Endereço                  |  | Município           |  |
| ALESSANDRO                 |      |                             |  | RUA SETE DE SETEMBRO, SN  |  | IBIAPINA            |  |

### DADOS DO ATENDIMENTO

|                             |  |                     |  |          |  |                                    |  |                  |  |
|-----------------------------|--|---------------------|--|----------|--|------------------------------------|--|------------------|--|
| Data Atendimento            |  | Hora                |  | Convênio |  | Matrícula                          |  | CID              |  |
| 07/11/2017                  |  | 08:07               |  | SUS      |  |                                    |  |                  |  |
| Profissional do Atendimento |  |                     |  |          |  | CRM/UF                             |  | Tipo Atendimento |  |
| DANILLO CONSERVA ARRUDA     |  |                     |  |          |  | 16409/SP                           |  | RETORNO          |  |
| Indicador de Acidente       |  |                     |  |          |  | Funcionário                        |  |                  |  |
|                             |  |                     |  |          |  | KILVIA MARA PEREIRA DE ALBUQUERQUE |  |                  |  |
| Observação                  |  |                     |  |          |  |                                    |  |                  |  |
|                             |  |                     |  |          |  |                                    |  |                  |  |
| Sala                        |  | Data/Hora Liberação |  |          |  | Tipo de Saída                      |  |                  |  |
|                             |  | / / às hs.          |  |          |  | ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito  |  |                  |  |
| Sinais Vitais               |  |                     |  |          |  |                                    |  |                  |  |
| Peso (kg)                   |  | Altura (cm)         |  | T (°C)   |  | P (bpm)                            |  | R (mpm)          |  |
|                             |  |                     |  |          |  |                                    |  | PA (mmHg)        |  |

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

2. check (E)

pete el queros de TCE

s/ guineas alafed.

col/2 ~ clinico (p.s.)

Q: 7p 22

Dr. Danilo Conseres Arruda  
ORTOPEDIA E TRAUMA  
CRMCE 16609

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

SABEMI SEGURODORA S/A  
16 JAN 2013  
RECEBIDO

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável ALESSANDRO

Run 07/11/17  
15:53hr

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

|                                   |                                    |                                              |                           |                         |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Profissional<br>139196            | Atendimento<br>0010                | Nome do Paciente<br>ALESSANDRO LIMA COUTINHO | CNS<br>898003286324134    | Guia de Autorização     |
| Documento(s)                      | Idade: 12375986                    | Local<br>BRASILIA/DF                         | Estado Civil<br>Casado(a) | Sexo<br>Masculino       |
| Data de Nascimento<br>17/11/1980  | Idade<br>36 Ano(s)                 | UF<br>CE                                     | Município<br>IBIAPINA     | Telefone<br>88 92542479 |
| Pai<br>HOZANAN RODRIGUES COUTINHO | Mãe<br>MARIA LIDIUNA LIMA COUTINHO | Bairro<br>CENTRO                             | CEP<br>62360-000          | UF<br>CE                |
| Profissão<br>TÉCNICO AGRICOLA     | Empresa                            | Cônjuge<br>MARIA SOLANGE LIMA MENDES         | Município<br>IBIAPINA     | UF<br>CE                |
| Responsável<br>ALESSANDRO         | CPF do Responsável                 | Endereço<br>RUA SETE DE SETEMBRO, SN         | Município<br>IBIAPINA     | UF<br>CE                |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                       |                       |                                                |                                   |            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|
| Data Atendimento<br>30/10/2017                        | Hora<br>08:37         | Convênio<br>SUS                                | Matrícula                         | CID        |
| Profissional do Atendimento<br>DAYANE PARENTE PAULINO | COREN/UF<br>403173/CE | Tipos Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO | Indicador do Acidente<br>Trânsito | Observação |
| Funcionário<br>DAYANE PARENTE PAULINO                 |                       |                                                |                                   |            |

|      |                                         |                       |
|------|-----------------------------------------|-----------------------|
| Sala | Data/Hora Liberação<br>30/10/2017 09:02 | Tipo de Saída<br>Alta |
|------|-----------------------------------------|-----------------------|

|               |                   |                    |                |                       |
|---------------|-------------------|--------------------|----------------|-----------------------|
| Sinais Vitais | Peso (kg)<br>36,4 | Altura (cm)<br>188 | FC (bpm)<br>18 | PA (mmHg)<br>140 X 80 |
|---------------|-------------------|--------------------|----------------|-----------------------|

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 30/10/2017 08:48

Responsável pela Classificação: DAYANE PARENTE PAULINO

Relatório:

CLIENTE DÁ ENTRADA NA UNIDADE ACOLHIDO NA EMERGENCIA CONDUZIDO PELO RESGATE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUEDA DE MOTO COM USO DE CAPACETE, APRESENTA QUEIXA DE DOR NA REGIÃO CLAVICULAR E F.MSC. NEGA COMORBIDADES, REFERE ALERGIA A BUSCOPAN COMPOSTO

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

30/10/2017 09:01:56h Responsável: DAYANE PARENTE PAULINO COREN-CE 403173

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro esquerdo e pé esquerdo

30/10/2017 09:02:41h Responsável: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM-CE 15837

Paciente vítima de acidente de moto refere dor em ombro esquerdo e pé esquerdo

Prescrição: 0001 Data: 30/10/2017 Hora: 09:03 Médico: SHAYANNE MACEDO FERREIRA CRM: 15837

| Prescrição                               | Dosagem | Via  | Frequência | Apazamento |
|------------------------------------------|---------|------|------------|------------|
| reavaliar                                |         |      |            |            |
| DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - 2ML AMP (EV) | 1 amp   | E.V. | 08/08 H    | Paciente   |
| CE FOPROFENO 100MG EV amp                | 100mg   | E.V. | 12/12 H    | Paciente   |
| Rx pé esquerdo                           |         |      |            |            |
| Rx coluna cervical, torácica e lombar    |         |      |            |            |
| RX TORAX PA                              |         |      |            |            |

DAYANE PARENTE PAULINO - COREN: N: 403173

SABEMI SEGURODORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ALESSANDRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA

REGISTRO DE SOCORRO Nº

01

TURNO

PAZ TRANQUILO

DATA: 30.10.17

ALEXANDRO Lima continuo

32 SPADIM (X)

OCORRÊNCIA: CE 187

Em Frente a ZENI

HORA DA OCORRÊNCIA: 8:06

CHEGADA AO LOCAL: 8:10

SAÍDA DO LOCAL: 8:30

CHEGADA AO HOSPITAL: 8:37

SAÍDA DO HOSPITAL

CHEGADA AO P. S.:

OCORRÊNCIA:

VITIMAS DE TRÂNSITO 05. ( )

AGRESSÃO 06. ( )

DEBILITAMENTO 07. ( )

VIOLÊNCIA 08. ( )

INCIDENTE 09. ( )

AFOGAMENTO 09. ( )

QUEIMADURA 10. ( )

CHOQUE ELÉTRICO 11. ( )

QUEDA 12. ( )

MAL SÚBITO

EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

JÁ REMOVIDO

FALSO AVISO

Secretaria Municipal

Grupo de Resgate  
Tanguá

CNES: 686178-8

Data: 28/11/2017

Entregue por

COREN-CE:

PELE

QUENTE ( )

SECA ( )

FRIA ( )

UMIDA ( )

NORMAL (X)

NORMAL (X)

RESPIRAÇÃO

SUPERFICIAL ( )

DIFÍCIL ( )

NORMAL (X)

AUSENTE ( )

FACHIMENTO CAPILAR

NORMAL (X)

RETARDADO ( )

AUSENTE ( )

SANGRAMENTO

AUSENTE ( )

MÍNIMO (X)

MODERADO ( )

INTENSO ( )

IRREGULAR ( )

AUSENTE ( )

IRREGULAR INICIAL

IRREGULAR (X)

IRREGULAR ( )

IRREGULAR ( )

IRREGULAR ( )

FAULA

NORMAL (X)

CONFUSA ( )

INTELGÍVEL ( )

NENHUMA ( )

PUPILAS

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

Reagente (X)

Sem reação ( )

P.A.: 120x80

PULSO: 96

PRINCIPAIS LESÕES PRINCIPAIS: VITIMA CONSCIENTE, ORIENTADA, SEM FERIDAS VISIBLES, FRATURA DA CLAVÍCULA "E".

SABEM SEGURADORA SIA

16 JAN 2018

SET. BRASILEIRO

300 MARCOS

ELEVENO

Secretaria Municipal  
de Saúde

Grupo de Resgate  
Tanguá

CNES: 686178-8

Data: 28/11/17

Entregue por:

COREN-CE:

CURSATIVOS  
BANDAGENS  
IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  
FÉBULA DE TRACÇÃO  
LÍQUIDO EV

SINAIS DE OBITO:

( ) ANTES DO SOCORRO  
( ) ANTES DO TRANSPORTE  
( ) NO TRANSPORTE

Marcus Antonio de S. Rangel  
Tec. Enf. COREN 486990  
Socorrista OSU Tanguá

Dados Clínicos - Enfermagem

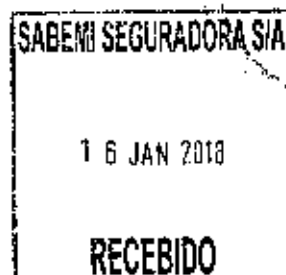
|                          |            |                              |  |              |             |
|--------------------------|------------|------------------------------|--|--------------|-------------|
| Paciente                 |            | ALESSANDRO LIMA COUTINHO     |  | Prontuário   | 139196/0014 |
| Data de Nascimento       | Idade      | Nome da Mãe                  |  |              |             |
| 17/11/1980               | 38 Ano(s)  | MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO  |  |              |             |
| Data Atendimento         | Aposento   |                              |  | Quarto/Leito |             |
| 07/11/2017               |            |                              |  |              |             |
| Profissional Responsável |            | GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA |  | CRM          | 17797       |
| Convênio                 | Sector     | Especialidade                |  |              |             |
| SUS                      | EMERGENCIA | GERAL                        |  |              |             |

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 07/11/2017 20:48:39

CLIENTE SENDO TRANSFERIDO PARA SCMS, VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO A 8 DIAS O MESMO RELATA QUE ESTA SENTINDO TONTURA E VISÃO TURVA, ESTA SENDO TRANSFERIDO PARA REALIZAR TC DE CRANIO CONFORME PM

RESPONSÁVEL: TE: ADRIANO DA SILVA FREIRE - COREN-CE 12345



**Dados Clínicos - Enfermagem**

|                              |            |                             |             |  |
|------------------------------|------------|-----------------------------|-------------|--|
| Paciente                     |            |                             | Prontuário  |  |
| ALESSANDRO LIMA COUTINHO     |            |                             | 139196/0014 |  |
| Data de Nascimento           | Idade      | Nome da Mãe                 |             |  |
| 17/11/1980                   | 36 Ano(s)  | MARIA LIDUINA LIMA COUTINHO |             |  |
| Data Atendimento             | Aposento   | Quarto/Leito                |             |  |
| 07/11/2017                   |            | /                           |             |  |
| Profissional Responsável     |            |                             | CRM         |  |
| GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA |            |                             | 17797       |  |
| Convênio                     | Setor      | Especialidade               |             |  |
| SUS                          | EMERGENCIA | GERAL                       |             |  |

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS - 07/11/2017 13:29:38**

FC: 89,00 bpm TEMP.: 36,0 °C RESP.: 19 ipm DIURESE: presente PA: 120x70

EVACUAÇÃO: presente

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - 07/11/2017 14:22:55

CLIENTE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, VERBALIZA, DEAMBULA, REFERE CEFALÉIA, VISÃO TURVA, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Amanda de Sousa Almeida  
Téc. Enfermagem  
COREN-CE 025813

RESPONSÁVEL: TE: AMANDA DE SOUSA ALMEIDA - COREN-CE 025813

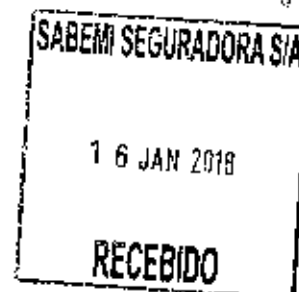
**SINAIS VITAIS - 07/11/2017 13:29:38**

FC: 89,00 bpm TEMP.: 36,0 °C RESP.: 19 ipm DIURESE: presente PA: 120x70

EVACUAÇÃO: presente

Amanda de Sousa Almeida  
Téc. Enfermagem  
COREN-CE 025813

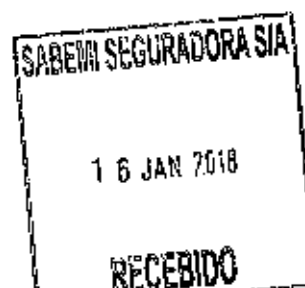
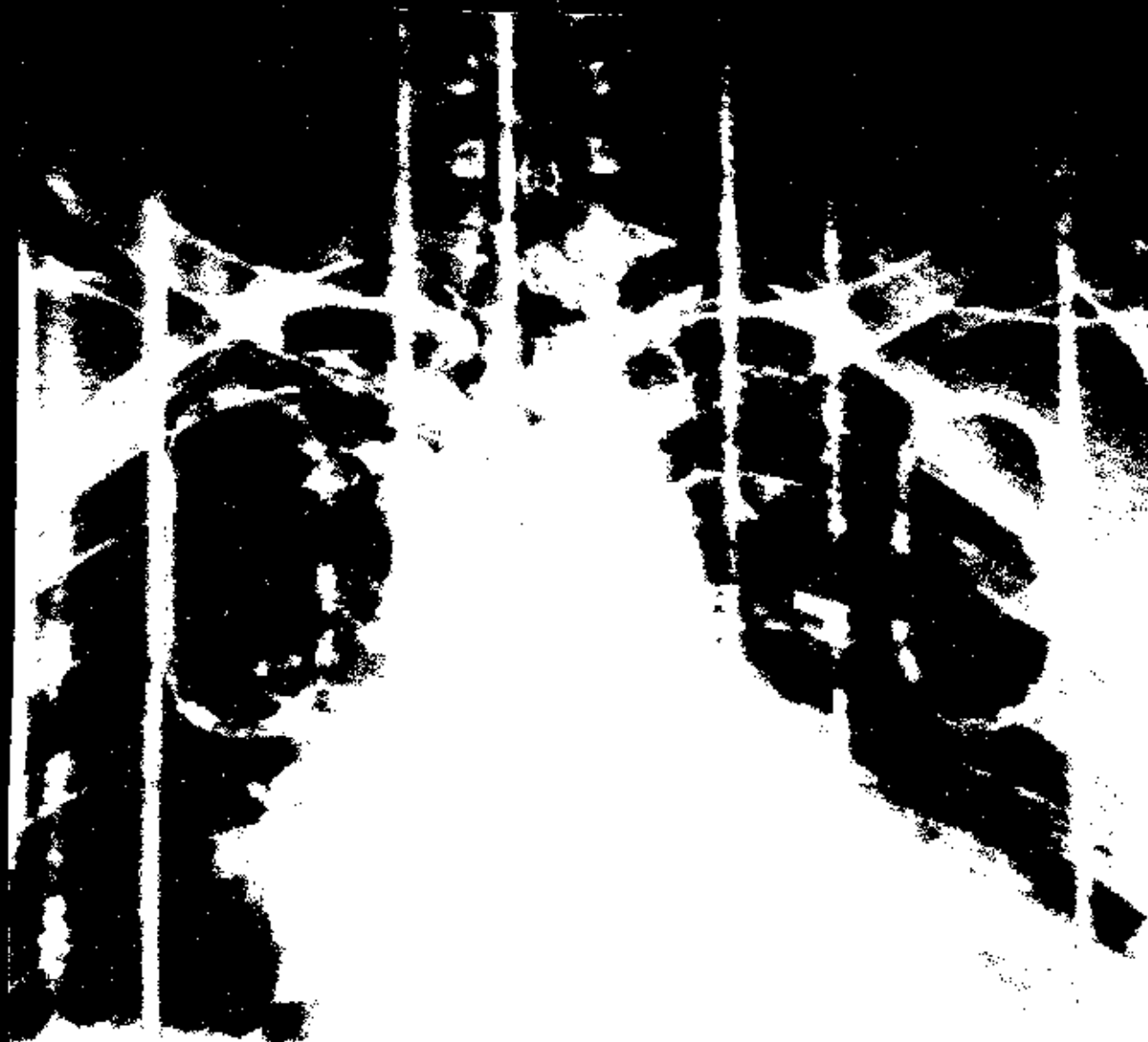
RESPONSÁVEL: TE: AMANDA DE SOUSA ALMEIDA - COREN-CE 025813



ALESSANDRO LIMA COUTINHO,  
ID:139196

Data:30/10/2017

DN:17/11/1980  
Hora:10:35:08



Escala: 1.00  
IE:1375

HOSPITAL SÃO CAMILO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

**874694536**

**02957931902**

**0504516456-38**

**17/11/1980**

**MOZILAN RODRIGUES COUTINHO**

**MARIA LUCIANA LIMA COUTINHO**

**04/09/2010**

**06/08/2009**

**SEM OBSERVAÇÃO**

**09/09/2013**

**85160858024**

**CE137629606**

**0512013**

**SABEM SEGURADORA S/A**

**16 JAN 2013**

**RECEBIDO**

2002099076188 DATA DE  
EXFEDICAO 23/7/2002  
BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

FILIAÇÃO JOSE NOGUEIRA JUNIOR E MARIA AU  
XILIADORA AGUIAR NOGUEIRA

IBIAPINA-CE DATA DE NASCIMENTO  
22/4/1992  
CERT. NASC. 11759 L. A. 48 F  
146 1A. ZONA. IBIAPINA. CE

ASSINATURA DO DIRETOR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Documento de Identificação

0012

BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

SABEMI SEGURADORA S/A

16 JAN 2018

RECEBIDO



CONSELHO DELEGADO DO DEBATE  
IDENTIDADE DE ABOGADO

NOME  
BERNARDO AGUIAR NOGUEIRA

FILIAÇÃO  
JOSE NOGUEIRA JUNIOR  
MARIA AUXILIADORA AGUIAR NOGUEIRA

INSCRIÇÃO  
IB/APINA-CE

DATA DE NASCIMENTO  
22/04/1902

RG  
2002000578-06 - SSP/CE

CPF  
058.575.303-84

DOADOR DE TRANSITO E TAC-004

DATA DE EXPIRAÇÃO  
01/11/03/2017

SIM

MARCELO NOVA OLIVEIRA DO AMARAL  
PRESIDENTE

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 1º da Lei nº 6.788/04)



ASSINATURA DO PORTADOR

*Bernardo Aguiar Nogueira*



NOTAÇÕES



SABEMI SEGURADORA S/A  
16 JAN 2018  
RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

700007

DETRAN - CE Nº 013570267473  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM - D.N.I.R.C. - EXERCÍCIO  
PR 013570267473 0000000000 2017

NOME  
LEANDRO FERNANDES DA SILVA  
TIANGUIA/CE

CPF/CNPJ - PLACA  
9077805349 HXT1192/CE

PLACA ANUAL - CHASSI  
/CE 2028033078026729

ESPECÍFICO - COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/BICICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD  
HONDA/NXR150 BRUS ES 2007 2007

CAP/POT/CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
25/00CV/149CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTAS  
1º 2º 3º

FAIXA DVA - PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOGO

DATA

1000 ROTEIRO Superintendente DETRAN-CE

TRIBUTÁRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
DRETS DE VIA TERRESTRE, QUANTO À SUA CARGA E PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013570267473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1004

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2017 01/08/2017

VIA - UFV / CNPJ - PLACA  
OU 9077805349 HXT1192

RENAVAM - MARCA / MODELO  
00914100195 HONDA/NXR150 BRUS ES

ANO FAB - CILINDROS - Nº CHASSI  
2007 04 2028033078026729

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - RENA (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)  
81,22 9,08 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL DO BILHETE (R\$)  
4,15 0,7 105,15

PAGAMENTO - DATA DE ORTAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 28/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

013570267473 00170

DECLARAÇÃO DE LOCAL INCERTO E NÃO SABIDO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180035035 **Cidade:** Tianguá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSANDRO LIMA COUTINHO **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



*Maia & Nogueira*

ADVOGADOS ASSOCIADOS

**PROCURAÇÃO**

**ALESSANDRO LIMA COUTINHO**, brasileiro, casado, técnico agrícola, inscrito no CPF nº 050.516.466-38, e portador da Cédula de Identidade nº 12375986, residente e domiciliado na rua 7 de Setembro, CS Lote 02, Centro, Ibiapina/Ce, nomeia e constitui como seu procurador o advogado, Bernardo Aguiar Nogueira, inscrito na OAB/CE 36.484, com endereço profissional à Rua Inácio Pontes, nº 634, Centro, Ibiapina/Ce, outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante as repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares e empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer, atuar inclusive em processos referente a obtenção do prêmio do seguro DPVAT, dando tudo por bom e valioso.

Ibiapina - CE, 07 de dezembro de 2017.

1º  
OFÍCIO

*Alessandro Lima Coutinho*

**ALESSANDRO LIMA COUTINHO**

Reconheço por: ☒ Autenticidade ☐ Semelhança  
Assinatura(s) de ALESSANDRO LIMA COUTINHO  
Assinatura(s) de [assinatura] de [nome]  
Data: 07 DEZ 2017  
Assinatura(s) de [assinatura] de [nome]  
Assinatura(s) de [assinatura] de [nome]

Rua Inácio Pontes, 634, Centro Ibiapina - CE

Telefones:

E-mails:

Dr. Raul F. Maia

Dr. Bernardo A. Nogueira

[raulmaia.adv@hotmail.com](mailto:raulmaia.adv@hotmail.com)

(88) 9.9637-2381

(88) 9.9624-3851

[bernardonogueira.adv@hotmail.com](mailto:bernardonogueira.adv@hotmail.com)

(88) 9.9238-7444

(88) 9.9324-2617

