



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Senador Pompeu  
Processo: 02009812420228060166  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 24/02/2023 17:29:50

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2880495\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-8.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 10-18.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 19-20.pdf  
Documentação: 2880495\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_03 - 1-22.pdf  
Procuração/Substabeleciment  
o: SUBSTABELECIMENTO\_SU  
PERVISAO\_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

25/09/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320030780701

**VALOR TOTAL:**

1.350,00

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00752

**CONTA:** 000000011819

---

---

**Número da Autenticação**

B2D0EFC09804D0D8

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200307807

**Cidade:** Senador Pompeu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

**Data do acidente:** 20/05/2020

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória aparente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna apontando alterações, apresenta prejuízo do campo de visão. Apresenta na região observada sinais inflamatórios inexistentes.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico, conforme documentos de pronto atendimento de 20/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura cranio facial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Lesão de órgãos e de estruturas cranio faciais, em grau residual.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/09/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

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.*

Número do Sinistro: 3200307807

Nome do(a) Examinado(a): EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): DISTRITO DE CODIA, , Senador Pompeu/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20071852756

Data e local do acidente: 20/05/2020 - Senador Pompeu/CE

Data e local do exame: 18/09/2020 - Senador Pompeu/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.58738 , longitude: -39.37318

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura do assoalho do orbital e traumatismo raio encefálico.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes na estrutura cranio facial após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória aparente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna apontando alterações, apresenta prejuízo do campo de visão. Apresenta na região observada sinais inflamatórios inexistentes.

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

Sim

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

Sim

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

Lesão de órgãos e de estruturas cranio faciais, em grau residual.

**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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Estrutura Crânio Facial - Residual - 10%

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



Dr. Fernando Augusto F. Vieira  
CREMEC - 12721  
MEDICO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200307807

**Cidade:** Senador Pompeu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

**Data do acidente:** 20/05/2020

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória aparente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna apontando alterações, apresenta prejuízo do campo de visão. Apresenta na região observada sinais inflamatórios inexistentes.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico, conforme documentos de pronto atendimento de 20/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura cranio facial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Lesão de órgãos e de estruturas cranio faciais, em grau residual.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/09/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700801917104488 Admissão: 21/05/2020 03:04  
 Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA  
 Pront.: 5667872 Data Nasc.: 23/04/1991 Idade: 29 ano(s) 2 mes(es) e 1 dia(s) Tel.: 88 98168-6019  
 Mãe: ANA MEYRE FERREIRA DA SILVA  
 Sexo: Masculino RG: 20071852756 Município: SENADOR POMPEU  
 CEP 63603-000 Bairro: CODIA  
 Endereço: SITIO POCO GRANDE

Cartão Nacional de Saúde  
 Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA  
 Pront.: 5667872

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
21/05/2020 09:56	DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR	<p>#### OFTALMOLOGIA ####</p> <p>PACIENTE, 29 ANOS DE IDADE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA.</p> <p>HD. trauma de face e região periorbitaria esquerda, apresentando ferida lacero contusa de palpebra superior esq.</p> <p>AO EXAME - AV- PRESERVADA EM AO, GLOBOS OCULARES INTEGROS, HIPEREMIA CONJUNTIVAL EM OE, HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL EM OE, AUSÊNCIA DE LESOES OCULARES, PRESENÇA DE LESAO DE PALPEBRA EM OE.</p> <p>CD- VIGADEXA COLIRIO</p> <p>PARECER DA CIRURGIA PLASTICA.</p>

PRESCRIÇÃO

Médico JAIR ALVES PEREIRA NETO

CRM 15517 21/05/20 03:22

Prescrição	Horário:
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   NÁUSEAS OU VOMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1  </BR>SOLUCAO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML  </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; /AZÃO = 667 GOTAS/MIN  </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA   FASE RÁPIDA	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	



**RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**

Paciente: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA  
 Idade: 29 ano(s) 1 mes(es) e 0 dia(s)      Sexo: Masculino      Pront.: 5667872  
 Endereço: SITIO POCO GRANDE      Bairro: CODIA  
 Num: 140      CEP: 63603-000      UF: CEARÁ      Cidade: SENADOR POMPEU

**Localização**  
 Clínica: UNIDADE 18(Cirurgia      Enfermaria: 180      Leito: 1803  
 Admissão Emergência: 21/05/2020 03:04  
 Internação 21/05/2020      21:06      Alta: \* Não Informado \*      \* Não Informado

**Relatório**

Tipo de Saída: Alta

Cancelada  
Não

**Resumo Clínico**

PACIENTE EM SEU 2º D.P.O. DE RECONSTRUÇÃO E OSTEOSINTESE DE PAREDE MEDIAL E ASSOALHO DE ORBITA E. EVOLUI AFEBRIL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA SUTURAS EM POSIÇÃO, EQUIMOSE EM PÁLPEBRA SUPERIOR ESQ., NÃO AVALIADO MOTILIDADE OCULAR E ACUIDADE VISUAL, DECORRENTE DO EDEMA EM REGIÃO, HIPOSFAGMA EM OE, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO EM OROFARINGE NO MOMENTO DO EXAME.

**Exames Realizados**

- 1. TC DE FACE PÓS-OPERATÓRIO

**Terapêutica Utilizada**

- 1. AMOXICILINA
- 2. IBUPROFENO
- 3. DAPIRONA

**Sequelas Apresentadas**

NDN

**Diagnóstico**

S023 - FRATURA DO ASSOALHO ORBITAL

**DIAGNÓSTICOS**

Principal	Código	Descrição
Sim	S023	FRATURA DO ASSOALHO ORBITAL
Não	L25	DERMATITE DE CONTATO NAO ESPECIFICADA

**Condições de Alta**

Melhorado

Data Programada da Alta: 23/05/2020

**Observações Complementares**

- 1. PACIENTE ORIENTADO QUANTO AOS CUIDADOS DOMICILIARES, PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA.
- 2. RETORNO DIA 28/05/2020 ÀS 08:30 COM DRA. LUISA + REAVALIAÇÃO COM DR. DANTON (OFTALMO) NA MESMA DATA

**Responsável**

Médico: FRANCISCO DE ASSIS CRESCENCIO VERGETTI

Data: 23/05/2020

Francisco de Assis Crescencio Vergetti  
 Cirurgião e Oftalmologista  
 Rua Manoel de Araújo  
 1111/1112/1113/1114/1115

**CIRURGIA**

Cod	Tipo	Data	Descrição
0405010176	Urgência	21/05/2020 16:00	SUTURA DE PALPEBRAS

Professional  
 DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR

DR. JOSÉ FROTA



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700801917104488 Admissão: 21/05/2020 03:04  
Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA  
Pront.: 5667872 Data Nasc.: 23/04/1991 Idade: 29 ano(s) 2 mes(es) o 1 dia(s) Tel.: 88 98168-6019  
Mãe: ANA MEYRE FERREIRA DA SILVA  
Sexo: Masculino RG: 20071852756 Município: SENADOR POMPEU  
CEP 63603-000 Bairro: CODIA  
Endereço: SÍTIO POCO GRANDE

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta Conduta  Observação  Referência para:  Óbito

REGISTRO EFETUADO  
PARA TIRAR  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA 24 de 12020  
MATRICULA 51072  
*Renato Frota*  
SERVIDOR



Prefeitura de  
**Fortaleza**

Instituto De José Frota

## AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Eudonirco Ferreira da Silva RAE/Prontuário: 5667877

Dr. Luiz Roberto

### RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 20/10/20

HORÁRIO: 08:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial

#### SITUAÇÃO:

- PO de Ortopedia de Fx com E
  - Ecce de emergência em 21/05/20
  - Acamp. em hosp. com a oftalmologista (Dr. Nautan)
  - Revisão com 60 dias.
- OBS: facul. liberada de lerer

Data: 24/10/20

Carlos Wallyson Sciusa  
Cirurgião Dentista  
CRO/CE 10485  
Residente urgência e emergência

Assinatura e Carimbo do Médico

AE.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210)  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061  
Fortaleza, Ceará, Brasil

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



### RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA

Prescrição: 5667872

USO INTERNO  
 1 IBUPROFENO 600MG \_\_\_\_\_ 09 COMP  
 TOMAR 01 COMP DE 09:09H, POR 03 DIAS  
 2 DIFERONA 500MG \_\_\_\_\_ 08 COMP  
 TOMAR 01 COMP DE 09:09H, POR 02 DIAS, SE DOR

Dr. Francisco de Assis Crescêncio Vergetti  
 CRM: 10415  
 Rua: 10415

Data: 23/05/2020

FRANCISCO DE ASSIS CRESCÊNCIO VERGETTI

Dr. Francisco de Assis Crescêncio Vergetti  
 CRM: 10415  
 Rua: 10415

### RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA

Prescrição: 5667872

USO INTERNO  
 1 IBUPROFENO 600MG \_\_\_\_\_ 09 COMP  
 TOMAR 01 COMP DE 09:09H, POR 03 DIAS  
 2 DIFERONA 500MG \_\_\_\_\_ 08 COMP  
 TOMAR 01 COMP DE 09:09H, POR 02 DIAS, SE DOR

Dr. Francisco de Assis Crescêncio Vergetti  
 CRM: 10415  
 Rua: 10415

Data: 23/05/2020

FRANCISCO DE ASSIS CRESCÊNCIO VERGETTI

Rua: Raulino do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará  
 Atendimento de seus pacientes e consultórios locais





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR  
Conselho: 4707CRM  
Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro  
Cidade: Fortaleza

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA  
Endereço: SÍTIO POÇO GRANDE, 140, COIÁ, SENADOR POMPEU

PRESCRIÇÃO:  
USO OCULAR

01 - VIGADEXA COLÍRIO  
USAR 01 GOTAS NO OLHO ESQUERDO DE 3/3 HORAS POR 20 DIAS.

DATA: 21/05/2020

Dr. DANTON C. NOBRE JR.  
Médico Oftalmologista  
Assimilante Conselho de Medicina

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR  
NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ EMISSOR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR  
Ass. Farmacêutico \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR  
Conselho: 4707CRM  
Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro  
Cidade: Fortaleza

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA

PRESCRIÇÃO:  
USO OCULAR

01 - VIGADEXA COLÍRIO  
USAR 01 GOTAS NO OLHO ESQUERDO DE 3/3 HORAS POR 20 DIAS.

DATA: 21/05/2020

Dr. DANTON C. NOBRE JR.  
Médico Oftalmologista  
Assimilante Conselho de Medicina

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR  
NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ EMISSOR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR  
Ass. Farmacêutico \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_



### RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 5667872  
USO OCULAR

01 - LACRIFILM COLÍRIO  
USAR NOS OLHOS DE 4A HORAS . USO CONTINUO

Data: 18/06/2020

  
DR. DANTON C. NOGUEIRA JR.  
Médico - Oftalmologista  
CRM/CE 4707


### RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 5667872  
USO OCULAR

01 - LACRIFILM COLÍRIO  
USAR NOS OLHOS DE 4A HORAS . USO CONTINUO

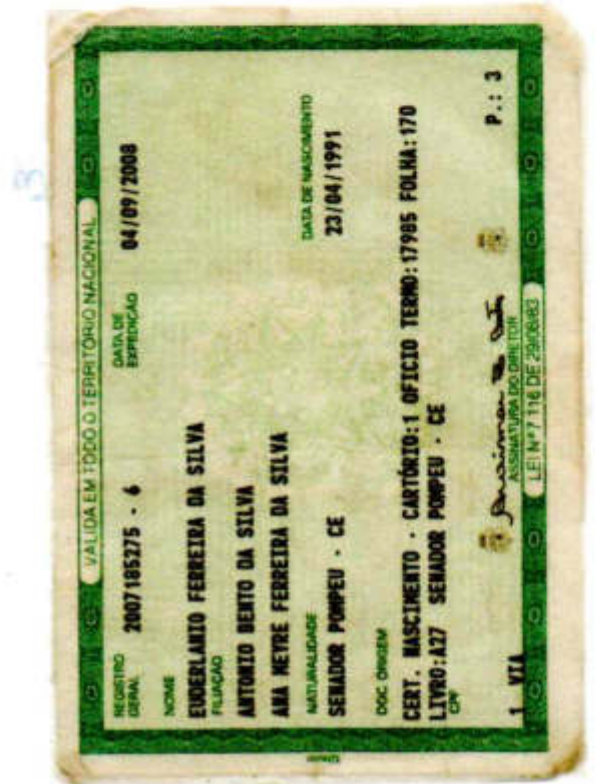
Data: 18/06/2020

  
DR. DANTON C. NOGUEIRA JR.  
Médico - Oftalmologista  
CRM/CE 4707



HILFIGER

SENADOR FORMOSA  
SENADO FEDERAL  
PRIMEIRO DE MAIO  
CUIDAR É SAÍDE



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - SISAR  
 RUA JOSE JUCA, 270 - CENTRO  
 QUIXADA - CE - CEP: 63.900-085  
 C.N.P.J.: 04.715.088/0001-89 - Fone: (88) 3412-0763

**CONTA D'ÁGUA**

FOLHA: 1/1

ASSOCIAÇÃO  
**ASSOC. COMUNITARIA DO DISTRITO DE CODIA**  
 INSCRIÇÃO **0026353.5** CLS TAR ECONOMIAS NF/CONTA EMISSÃO MES/FAT.  
 0026353.5 PAR TBR R.L. COM IND PUB CUT 200153474 27/07/20 **JUL/2020**  
 ANA M. YRE FERREIRA DA SILVA  
 POÇO GRANDE, S/N  
 CODIA  
 SENADOR POMPEU  
 ENDEREÇO DE ENTREGA CEARA CEP. 63.600-000 LOCALIZAÇÃO 03.20.20.0000000000

ÚLTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TARIFAS			
MES	FAT	CONS.	CCO DC	CÓD	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
JUL/20	06	000	30	001	ÁGUA		12,20
JUN/20	09	000	031	016	Multa por Atraso - 03/2020		0,35
MAI/20	00	000	030	017	Encargos (03/2020) 7 dias		0,07
ABR/20	10	000	017	029	OPERADOR		4,00
MAR/20	08	001	043	030	ENERGIA		2,30
FEV/20	04	000	031	031	TAXA ADMINISTRATIVA		1,00
JAN/20	13	000	031				
MÉDIA: 00007							

HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEIT.	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO	DIAS/CONSUMO	CCO	LEITURISTA
A18F109389	01/07/19	00112	10/06	10118	10/07/20	00006	30	000	000

OBSERVAÇÕES		PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
		Norma 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos					
		Período:					
Reservatório:		Cor	pH	Cloro	Turbidez	Ecol.	Col. Totais
Parâmetro Padrão		até 150 mg/L	8,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5 UT	Açúcar	Açúcar
Obtidos							
Quilômetros							

**MENSAGENS**

Utilize nossos meios de atendimentos  
[www.sisarquixada.com.br](http://www.sisarquixada.com.br) -> 2ª Vias, Consultas de Débitos e Outros.  
 (88) 3412-0763 / (88) 9.9982-0208 / (88) 9.9207-2998.  
 WhatsApp: (88) 9.9954-4116.

Atendimento em dias úteis, das 8h às 11h30min e das 14h às 17h.

Mantenha suas contas de águas em dia e evite cortes.

MULTA ENCARGOS DIÁRIOS MESES EM DÉBITO  
 2% 0,40 0,003% 0,01

**VENCIMENTO 10/08/2020** **VALOR R\$ 19,92**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2020493957



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 738 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/08/2020 11:41:08**  
Data / Hora da Ocorrência: **20/05/2020 16:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **SIT UBERABA - SENADOR POMPEU/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**  
Nascimento: **23/04/1991** CPF: **051.053.803-71**  
RG: **20071852756** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **ANA MEYRE FERREIRA DA SILVA**  
**ANTONIO BENTO DA SILVA**  
Endereço: **SITIO DISTRITO CODIA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: QFG2378 Uf: CE Município: PIQUET CARNEIRO Chassi: 9C2JC4110ER812798 Renavam: 1058910563 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: JULIO BENTO LIMA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que estava conduzindo o veículo acima mencionado e estava saindo do Sitio Uberaba, Zona Rural de Senador Pompeu, em direção a sua residência que fica no Codia, que no trajeto da viagem a vítima sobrou em uma curva vindo a cair no solo, que a vítima ficou desacordado no local do acidente e foi socorrido por populares e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas a Senhora FRANCISCA EUDEJANIA FERREIRA DA SILVA e o Senhor FRANCISCO DJACI DA COSTA JUNIOR. Conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**BRUNO RAFAEL FEITOSA DE CARVALHO - MAT.: 30118960**

Helder Bezerra do Santos  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 300980-1-X



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2020493957



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 738 / 2020**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** XEDUARLINO FERREIRA DA SILVA

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**

Helder Beserra dos Santos  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 300.820-1

---

**Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200307807**

**Vítima: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autônômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000752**

Conta: **0000011819-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241654/20

**Vítima:** EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 051.053.803-71

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

**Data do acidente:** 20/05/2020

**Titular do CPF:** EUDERLANIO FERREIRA  
DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA : 051.053.803-71

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/08/2020  
Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA  
CPF: 051.053.803-71

\_\_\_\_\_  
EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

\_\_\_\_\_  
JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 051.053.803-71 4 - Nome completo da vítima: EUGERLANIO FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: EUGERLANIO FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 051.053.803-71  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: DISTRITO DE COPIA 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: UNA Rural 12 - Cidade: Senador Pompeu 13 - Estado: CE 14 - CEP: 65600-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (88) 49923424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0752  CONTA: 11819 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:   CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Senador Pompeu - CE 26/08/2020

EUGERLANIO FERREIRA DA SILVA  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

---

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200307807**

**Vítima: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

