



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

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

Dados Básicos

Foro: Senador Pompeu
Processo: 02009899820228060166
Classe do Processo: Petições Intermediárias
Diversas
Data/Hora: 24/10/2023 10:07:54

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2880525_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-
3.pdf
Documentação: 2880525_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_Anexo_
02 - 1-15.pdf
Documentação: 2880525_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_Anexo_
02 - 16-26.pdf

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SENADOR POMPEU/CE

Processo: 02009899820228060166

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **THALES CAMILO PESSOA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SENADOR POMPEU, 23 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152404

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA

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, contatos 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



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152404

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue. |
|---------------------------------------|--|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152404

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|---|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. |
|---------------------------------------|---|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152404

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152404

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THALES CAMILO PESSOA

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\$ 9.450,00 |

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: **THALES CAMILO PESSOA**

Valor: **R\$ 9.450,00**

Banco: **001**

Agência: **000000239-9**

Conta: **0000022011-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 068.564.663-74 4 - Nome completo da vítima: Thales Camilo Pessoa

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

5 - Nome completo: Thales Camilo Pessoa 6 - CPF: 068.564.663-74
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: TRAF. Nazaré - Saí 9 - Número: 425 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Senador Pompeu 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 63.600.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0239 9 CONTA: 22.055 6
(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 discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 nascituro (vai nascer)? 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.

MORTE

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, _____

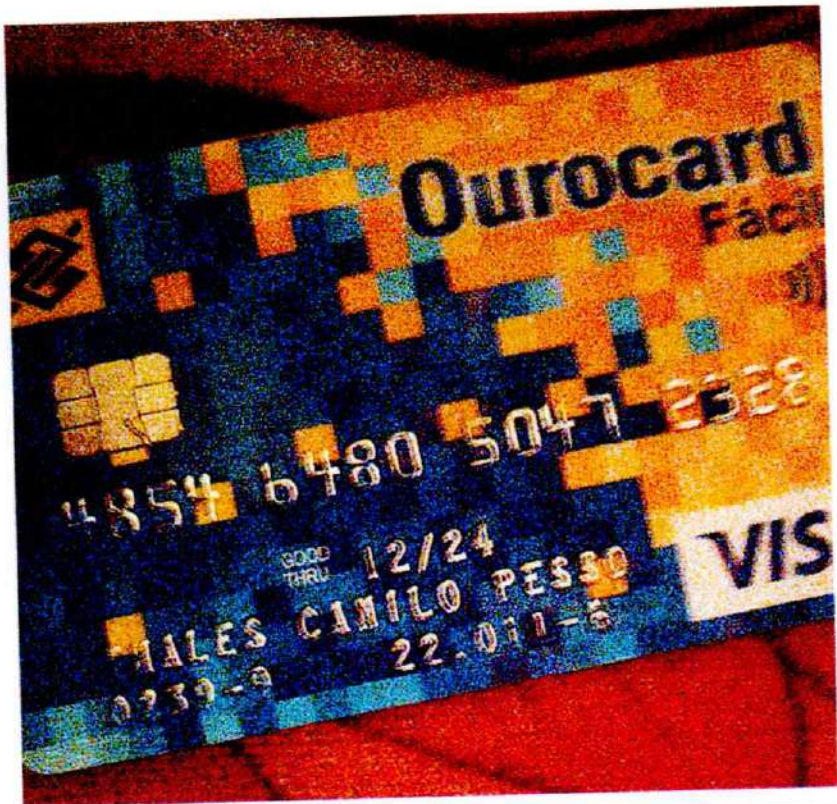
Senador Pompeu - CE 15/04/2020
x Thales Camilo Pessoa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2020251930



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 406 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/04/2020 10:06:15**
Data / Hora da Ocorrência: **16/02/2020 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DA BARRAGEM - SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **THALES CAMILO PESSOA**
Nascimento: **24/03/1999** CPF: **068.564.663-74**
RG: **2008540108** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO**
LEONILDO PESSOA DOS SANTOS
Endereço: **RUA PROFESSOR AUGUSTINO MARINHO, 586**
Bairro: **CENTRO**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99952-9902**

Noticiante(s)

Nome: **ANTÔNIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO**
Nascimento: **15/10/1962** CPF: **004.246.293-21**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DE LIMA PEIXOTO**
JOSÉ CAMILO PEIXOTO
Endereço: **RUA E, 164 CONJUNTO COHAB**
Bairro: **ALTO DO CRUZEIRO** CEP:
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99762-0848**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OIM2895 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4120CR582015 Renavam: 475891341 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: JOSE RIBAMAR DA SILVA FILHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Afirma a noticiante, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que seu filho Thales Camilo Pessoa, se envolveu em um acidente de trânsito no dia e local acima citado; Que a noticiante informa, que seu filho saiu de casa por volta das 17h:30min, informando, que ia para onde seus amigos estavam que ficava na Barragem do Patu; Que por volta das 18h:30min, recebeu uma ligação de uma amiga do seu filho, informando que seu filho tinha sofrido um acidente e estava no Hospital da Cidade de Senador Pompeu; Que a noticiante imediatamente se dirigiu para o Hospital, quando

Heider Beserra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 380.820-1-X



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2020251930



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 406 / 2020

chegou no Hospital viu seu filho desacordado e que o médico informou que ele seria transferido pois o acidente tinha sido grave; Que o seu filho passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas o Senhor Manoel Ancelmo de Souza Silva e a Senhora Antônia Patricianne da Silva Barros. 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 :

[Handwritten signature]
JOSÉ WANDERSON ESTIMA SILVA - MAT.: 30124324

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]
Antônio Alencar Carneiro Peixoto

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Handwritten signature]
HELDER RESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

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

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: 068.564.663-74 4 - Nome completo da vítima: Thales Camilo Pessoa

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

5 - Nome completo: Thales Camilo Pessoa 6 - CPF: 068.564.663-74
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: TRA. Nazaré - Sa - 425 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Senador Pompeu 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.600.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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: Banco do Brasil
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 discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

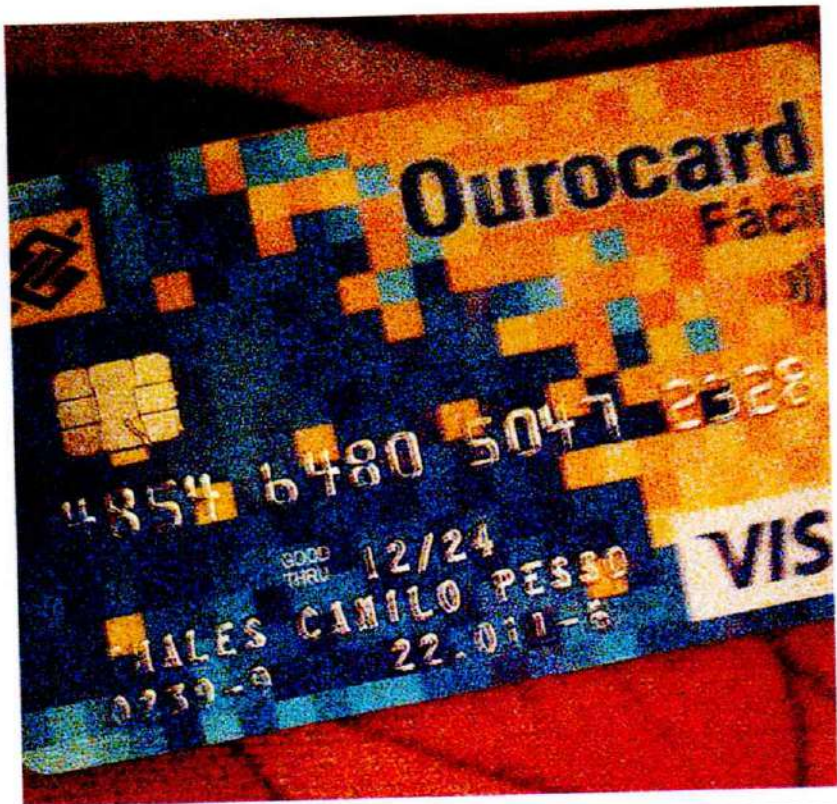
34 _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Senador Pompeu - CE 15/04/2020
x Thales Camilo Pessoa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



Paciente *Thales Camilo Pessoa* FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| Paciente: THALES CAMILO PESSOA | | Matrícula: 007104 CNH: Não informado, CPF: Não informado | |
| Endereço: PADRE JOAQUIM CAVALCANTE, 505 Bairro: ALTO DA ESPERANÇA, CEP: 63050300, SENADOR POMPEU - CE | | | |
| Data de Nascimento: 24/03/1988 - Idade: 29 anos Sexo: masculino | | Estado Civil: solteiro | |
| Telefone: (08) 9.3829-0518 | | Ocupação: Não informado | |
| Mãe: ANTONIA ALZENIR CAMILO PEDOTO | | Pai: LEONILDO PESSOA DOS SANTOS | |
| Ag. de Saúde: Não informado | PSF: ALTO DA ESPERANÇA | Conv.: Não informado | |

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------|
| Inicio do atendimento: 18/07/2020 18h50 | Fim do atendimento: 18/07/2020 21h13 | Tipos: Eletivo |
| Nome do paciente: ISABEL APARECIDA PINHEIRO | | |

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| Altura: 0.00 | IMC: 9.00 |
| Pressão arterial: mmHg | Glucemia: mg/dL |
| Freq. Cardíaca: bpm | SpO2: |
| Esc. Glasgow: | Ent: AMANDA BUENO DE OLIVEIRA |

Diagnóstico: PACIENTE GRAVE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC), POLITRAUMATIZADO, COM MÚLTIPLAS FRATURAS EM M.E. TRAUMATISMO CEFÁLICO IMPORTANTE, COM FRATURA EXPOSTA DO CRÂNIO, LESÃO EXTENSA EM COURO CABELODO. PRESENÇA DE RESSACAMENTO DO SENSORIO, SENDO INTUBADO, PARA

| | |
|--------------|--------------|
| Diagnóstico: | Observações: |
|--------------|--------------|

Handwritten notes:
 SRI 200MG EV 500 19:50
 FENTANIL 0,150 19:55
 MIDAZOLAM 15MG 19:55 - FAZER SUI E ACM 19:10
 MIDAZOLAM 15MG 19:55 - CORRER 10GTS/MIN 19:55
 FENTANIL 0,150 19:55 - CORRER 10GTS/MIN 19:55
 NORADRENALINA 234ML 5G - CORRER 10GTS/MIN E ACM 19:55

Stamp: Assinatura do Médico Responsável

Handwritten note: As 25:50 paciente é liberado pelo SMIU

Dr. Marcelo Nobre
 Médico
 CRM: 48149
 MARCELO CRISTIANO CAMPOS NOBRE
 Médico

THALES CAMILO PESSOA
 Paciente ou Responsável

Handwritten note: Copiar com original
 21/02/2020
Signature

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:

04/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320015240401

VALOR TOTAL:

9.450,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THALES CAMILO PESSOA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00239

CONTA: 000000022011

Número da Autenticação

FB79B363293956C3

Nº DO CLIENTE

8181366

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 574632246

Rota 11 14000 09 400150 - 4 Data de Emissão 17/05/2019

Nome THALIA CAMILO PESSOA

End. Postal TR PRA MAZE SA 00425 00425
FATIMA - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 7838964 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 060201343-77

Nome do Responsável

DATAS

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Mai/2019 | 17/05/2019 | 17/06/2019 |

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SENADOR POMPEU
Mês Mai/2019 EUGO 20.11

ICMS

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| 67,16 | 27,00% | 18,13 |

| | Partido Individual | | | Apuração Individual | | |
|------|--------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC | 1,19 | 0,38 | 20,77 | 0,00 | 15,63 | 0,00 |
| FIC | 0,23 | 0,47 | 12,95 | 0,00 | 1,00 | 0,00 |
| DMIC | 1,42 | | | 0,00 | | |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FC44.4607.2896.0F60.6400.B744.BB12.AE05

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo kWh | Consumo kWh | Consumo kWh | Consumo kWh | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|----|-------------|----------------|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-------------|
| FP | 2324 | 2237 | 1,00 | 87 | 87 | 87 | 87 | 0,7716 | 67,16 |
| | 17/05/19 | 16/04/19 | | 31,0448 | | | | | 67,16 |

DESCRIÇÃO

| | |
|--|-------|
| VALOR CONSUMO DO MES | 67,16 |
| MULTA MORATORIA REF 04/2019 | 1,22 |
| JUROS DO MES | 0,41 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 5,97 |
| INDENIZACAO TRIMESTRAL DIC | -2,01 |
| -ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,65) | |





GUIA DE SEPULTAMENTO PARCIAL

Nome do Paciente: Travis Camilo Peres

Peça Amputada: Membro inferior esquerdo a nível do tornozelo

Prontuário: 3658267

Estado Civil: _____ Natural de: Santa Helena - Pernambuco

Sexo: M Profissão: _____ NASC: 24/03/1990

Filiação Pai - _____

Mãe - Antônia Alzira Camilo Peres

Data e hora da amputação 18/02/2020 às _____ : _____

Justificativa da causa da amputação:
Paciente com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, em uso de insulina, com sequelas de neuropatia periférica e doença arterial obstrutiva periférica, levando à isquemia crônica do membro inferior esquerdo, culminando na amputação.

Hospital: _____

Responsável: _____

RG: _____

Cemitério: _____

Fortaleza (CE), 13 de 02 de 2020.

[Assinatura]
 Enfermeira de C. Soares
 Enfermeira
 COREN-CE 55107 - ENT

[Assinatura]
 Dr. Antonio Nogueira
 Angiologia e Cir. Vascular
 CRM 961
 Médico Assistente-CRM

SERVIÇO MÉDICO

Protese Comum

| Especificação de Item |
|--|
| PROTESE, TRANSFERENCIAL, NÍVEL DA COXA, ENDOESQUELÉTICA MODULAR, AMPUTAÇÃO TRANSFERENCIAL, SUSPENSÃO POR VÍNCULO DE VÍNCULO OU COTO PELVICO, JOELHOS E TORNOZELOS, COM SISTEMA DE AUTOBLOQUEIO REVESTIDO COM ESPUMA E LÍQUIDA COSMÉTICA, AÇO COM ENCAIXE LAMINADO EM RESINA OU CONTENSÃO ESQUERDA, PÉ SACH OU ARTICULADO - UNIDADE - 1 - UNIDADE |
| PROTESE, TRANSFERENCIAL, TIPO "PTB", ENDOESQUELÉTICA MODULAR, LAMINADA, SOQUETE FLEXÍVEL ENTRE O ENCAIXE E O COTO DA AMPUTAÇÃO, PÉ SACH OU ARTICULADO, OU DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA AO SOLO, RESINA ACRÍLICA REFORÇO EM FIBRA DE CARBONO, ROLAMENTO SUAVIZADO - UNIDADE - 1 - UNIDADE |

PRIMEIRO ATENDIMENTO



Hospital Municipal MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL
AV. J. FERREIRA DE MAGALHÃES, 997, CENTRO - CEP: 63600000, Senador Pompeu - CE
CNPJ: 07.802.697/0002-44
Telefone: (34) 3125-2346
https://www.senadorpompeu.ce.gov.br

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Paciente deu entrada às 18:50h na unidade

Informações do paciente

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| Paciente: THALES CAMILO PESSOA | | Matricula: 007194 CNS: Não informado CPF: Não informado |
| Endereço: PADRE JOACIR CAVALCANTE, 586 Bairro: ALTO DA ESPERANÇA, CEP: 63600000, SENADOR POMPEU - CE | | |
| Data de Nascimento: 24/03/1999 - Idade: 20 ano(s) Sexo: masculino | Estado Civil: solteiro | |
| Telefone: (88) 9.9828-0518 | Ocupação: Não informado | |
| Mãe: ANTONIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO | Pai: LEONILDO PESSOA DOS SANTOS | |
| Ag. de saúde: Não informado | PSF: ALTO DA ESPERANÇA | Conv.: Não informado |

Informações do Atendimento

| | | |
|---|--------------------------------------|---------------|
| Início do atendimento: 16/02/2020 18h59 | Fim do atendimento: 16/02/2020 21h13 | Tipo: Eletivo |
| Responsável: ISABEL APARECIDA PINHEIRO | | |

Informações da Triagem

| | | |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Peso: 0.00 | Altura: 0.00 | IMC: 0.00 |
| Temperatura: °C | Pressão arterial: mmHg | Glicemia: mg/dL |
| Freq. Cardíaca: bpm | Freq. Respiratória: mpm | SpO2: |
| Grau do Risco: Emergência | Esc. Glasgow: | Enf.: AMANDA BENTO DE OLIVEIRA |

Dados da Anamnese

Queixa principal: PACIENTE GRAVE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC), POLITRAUMATIZADO, COM MULTIPLAS FRATURAS EM MIE, TRAUMATISMO CEFALICO IMPORTANTE, COM FRATURA EXPOSTA DO CRANIO. LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO.. PRESENÇA DE RESAXAMENTO DO SENSORIO, SENDO INTUBADO, PARA

Relato:

Dados da Hipótese diagnóstica

Diagnósticos:

Código: Observações:

Medicamentos

Nenhum medicamento adicionado.

Cond. tratamento

SRL 200ML EV 500 19:50 500 19:50 500 19:50 500 19:50

FENTANIL 01FA EV 19:55

MIDAZOLAM 01FA + 20ML SF - FAZER 5ML E ACM 19:40

MIDAZOLAM 04FA + 80ML SG5% - CORRER 10GTS/MIN 19:52

FENTANIL 02FA + 80ML SG5% - CORRER 10GTS/MIN 19:55

NORADRENALINA 04FA + 234ML SG - CORRER 10GTS/MIN E ACM 19:55

Antonio Antonio da U.S.
Tec. de Enfermagem
CORRENTE 3-404

Evolução da enfermagem

As 21:50 paciente é transferido pelo SAMU SA

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM: 16149

MARCELO CRISTIANO CAMPOS NOBRE
Médico(a)

THALES CAMILO PESSOA
Paciente ou Responsável

Bope com original
21/02/2020
celte

Clínica Senador

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira

CRM 2332

Praça da Juventude S/N

Senador Pompeu - CE

Laudo Medico

Nome: THALES CAMILO PESSOA

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vitima de acidente de transito em 16/02/20 onde foi socorrido ao hospital SENADOR POMPEU com

Diagnosticado de AMPUTAÇÃO NO MÊ

Onde o mesmo foi submetido a tratamento () clínico, (X) cirúrgico () fisioterapia, complementado com CURATIVO DO COTO recebendo

alta definitiva em 12/05/20, evoluindo com sequela e dano irreversível de

100 % mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em MARCHA COM AUXÍLIO DE MULETAS
(FOTO ANEXA)

Senador Pompeu 16/05/20

Miguel Franco Fernandes Vieira

MÉDICO

CREMEC-2332

CPF 013.225.302-59

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira

Cremec 2332

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: THALES CAMILO PESSOA

Prontuário: 5658267

ADMISSÃO NO IJF EM 17/2/20 E NA UNIDADE 16 EM 28/2/2019 POR POLITRAUMATISMO POR COLISÃO MOTO E CARRO, SEM CAPACETE. DIAGNOSTICO DE TRAUMA CRANIOENCEFALICO GRAVE, CHOQUE HEMORRAGICO E FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM LESÃO VASCULAR GRAVE EVOLUINDO COM NECESSIDADE DE AMPUTAÇÃO SUPRAPATELAR EM 18.02.2020. INTERCORREU COM INSUFICIENCIA RENAL DIALITICA JA RESOI VIDA EM ENFERMARIA EVOLUIU COM DOR REFERIDA EM MEMBRO AMPUTADO E HUMOR DEPRIMIDO. ALIMENTA-SE VIA ORAL, EUPNEICO E AFEBRIL. ULTIMOS EXAMES LABORATORIAIS SEM ALTERAÇÕES. RECEBE ALTA EM 09.03.2020.
CID 10 T07, N179, T13

Data: 09/03/2020

MARILIA CAVALCANTI DA TRINDADE

9824CRM





Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
068.564.663-74

Nome
THALES CAMILO PESSOA

Nascimento
24/03/1999

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Digitalizado com CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, REGISTRO E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

THALES CAMILO PESSOA

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL: 2009540108 - 5

DATA DE
EXPIRAÇÃO: 28/06/2013

Nome: THALES CAMILO PESSOA

Relação: LEONILDO PESSOA DOS SANTOS

NATURALIDADE: ANTONIA ALZENIR CAMILO PEIXOTO

DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1999

SEXO: MASCULINO

DATA DE ORIGEM:

ERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 16843 FOLHA: 200

TIPO: A24 SENADOR POMPEU - CE

CPF: SENADOR POMPEU - CE

SECRETARIA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29.08.03

P. 102

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152404 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALES CAMILO PESSOA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P.1(ANEXO 1)
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO SUPRAPATELAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO), DE MAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda anatômica completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau completo - 100 % | 70% | R\$ 9.450,00 |
| | | Total | 70 % | R\$ 9.450,00 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118672/20

Número do Sinistro: 3200152404

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

Data do acidente: 16/02/2020

CPF: 068.564.663-74

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALES CAMILO PESSOA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118672/20

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

CPF: 068.564.663-74

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALES CAMILO PESSOA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THALES CAMILO PESSOA : 068.564.663-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: THALES CAMILO PESSOA
CPF: 068.564.663-74

THALES CAMILO PESSOA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118672/20

Número do Sinistro: 3200152404

Vítima: THALES CAMILO PESSOA

CPF: 068.564.663-74

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALES CAMILO PESSOA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152404 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALES CAMILO PESSOA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P.1(ANEXO 1)
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO SUPRAPATELAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Perda anatômica completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau completo - 100 % | 70% | R\$ 9.450,00 |
| | | Total | 70 % | R\$ 9.450,00 |