

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WJUA.19.00111432-6** em **12/07/2019 10:38:09**.

Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabipompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- 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 : Juazeiro do Norte
Processo : 0006286-43.2019.8.06.0112
Protocolo : WJUA.19.00111432-6
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 12/07/2019 10:38:09

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2616862_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF - 1.pdf
Documentação : 2616862_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.PDF - 1-12.pdf
Documentação : 2616862_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.PDF - 13-21.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRO DO NORTE/CE

Processo: 00062864320198060112

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RICARDO GOMES DE MENEZES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, pois, o Laudo informa que a parte autora não restou permanentemente inválida, motivo pelo qual não houve pagamento em sede administrativa.

Ademais, reitera a Ré que a parte autora não traz aos autos qualquer documento que comprove uma suposta condição de inválida, com a quantificação da lesão.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JUAZEIRO DO NORTE, 11 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO GOMES DE MENEZES
Nº Sinistro: 3180247959
Vitima: RICARDO GOMES DE MENEZES
Data do Acidente: 07/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180247959**.

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

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO GOMES DE MENEZES

Sinistro: 3180247959

Vítima: RICARDO GOMES DE MENEZES

Data do Acidente: 07/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180247959** 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 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, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO GOMES DE MENEZES

Nº Sinistro: 3180247959
Vitima: RICARDO GOMES DE MENEZES
Data do Acidente: 07/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

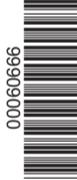
Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180247959**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 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 regulizada, 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

062.792.033-01

Nome completo da vítima

RICARDO GOMES DE MENEZES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
RICARDO GOMES DE MENEZES	062.792.033-01	PERUSO - SE
Endereço	Número	Complemento
TRAVESSA DELMIRO GOUVEIA	24	CASA
Bairro	Estado	CEP
SALESIANOS	CEARA	63050-063
Email	Telefone (DDD)	
		(88) 4581-2468

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATE 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
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			BANCO Nome _____ _____ NIRE _____
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	D/V	AGÊNCIA Nº
3587	00007473	2	D/V
(Informar digito se existir)	OP.013	(Informar digito se existir)	CONTA Nº
			D/V
			(Informar digito se existir)
			(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

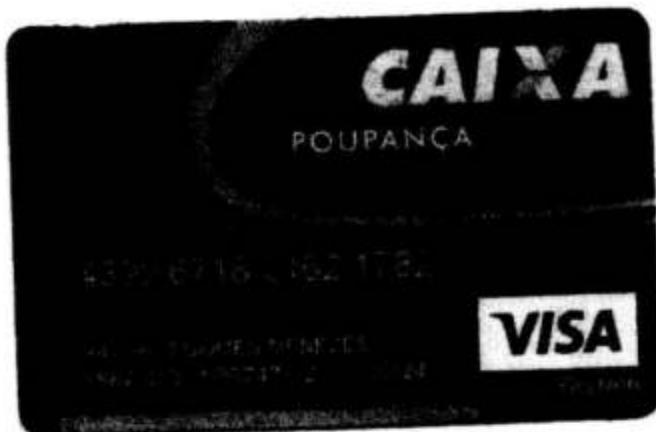
 INVESTIREV
 SEGURADORA S/A
 29 MAIO 2018
 ENTRADA

J. DO NORTE, 09 de MAIO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RICARDO GOMES DE MENEZES

CPF da Vítima

062.792.033-01

Data do Acidente

07-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

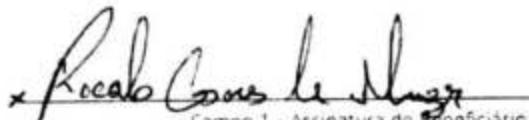
O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

J. DO NORTE 09 de MAIO de 2018
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

29 MAIO 2018

ENTRADA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8532361 BY 6

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Descrição da Conta

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 519348186

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 105 848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 01 013000 09 0399600
Nome ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA
Endereço Postal

Medidor

6065331

Poste

0000 0

End. da Unidade TR DELMIRO GOUVEIA 00024 SALESIANOS JUAZEIRO DO NORTE
Consumidora 63050063

RG / CPF / CNPJ 525.983.733-91 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo incl. Consumo Faturado

FP	44817	44648	1	169	0	169
----	-------	-------	---	-----	---	-----

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação | Prev. Proxim. Leitura

02/04/2018 | 02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

76DD.SAED.2467.9141.EDBB.18A7.2C24.7AFF

IRMS

Base de Cálculo (R\$) 119,51	Aliquota 27%	Valor do Imposto 32,26
------------------------------	--------------	------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE CLIMATIDADE DO FORNECIMENTO

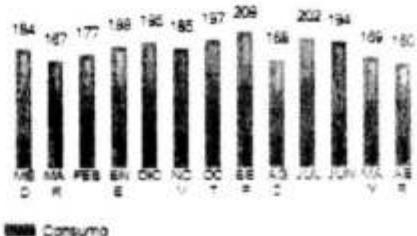
Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês FEVEREIRO

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecologica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 8532361-6 Nº da Nota Fiscal: 519348186 Total a Pagar (R\$): 137,00
Data de Emissão: 04/04/2018 Referência: ABR/2018 Nº de Controle: 0008532361 00008 4309 2 90

83800000001-7 37000031000-0 00085323610-0 00084309275-0



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA



Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8532361

6

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRÍÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 519348186

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 105 848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 01 013000 09 0399600

Medidor

Poste

Nome ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

6065331

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade TR DELMIRO GOUVEIA 00024 SALESIANOS JUAZEIRO DO NORTE
Consumidora 63050063

RG / CPF / CNPJ 525.983.733-91

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo incl. Consumo Faturado

FP	44817	44648	1	169	0	169
----	-------	-------	---	-----	---	-----

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação | Prev. Proxim.
Leitura

02/04/2018

02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

76DD.SAED.2467.9141.EDBB.18A7.2C24.7AFF

IRMS

Base de Cálculo (R\$) 119,51	Aliquota 27%	Valor do Imposto 32,26
------------------------------	--------------	------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE CONFIABILIDADE DO FORNECIMENTO

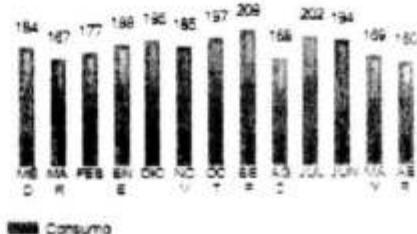
Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês FEVEREIRO

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



■ Consumo

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:
Data de Emissão:

8532361-6
04/04/2018

Nº da Nota Fiscal: 519348186

Referência: ABR/2018

Total a Pagar (R\$): 137,00

Nº de Controle: 0008532361 00008 4309 2 90

83800000001-7 37000031000-0 00085323610-0 00084309275-0



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 045.291.864 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RICARDO GOMES DE MENESES inscrito (a) no CPF sob o N° 062.792.033 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RICARDO GOMES DE MENESES, inscrito (a) no CPF sob o N° 062.792.033 / 01 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

* Recuso informar

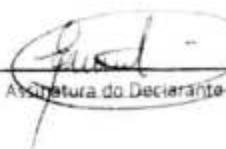
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 29º do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		09	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ROMEIRÃO	JUAZEIRO DO NORTE	CEARÁ	63.050-720
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
LORDNALDO@YAHOO.COM	(88) 3512-4870	(88) 988070712	

J. DO NORTE 09 de MARÇO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

29 MAI 2018

ENTRADA

Ficha de Atendimento

 Data: 08/12/2017
 Hora: 00:25

 Data de Saída:
 Hora de Saída

Paciente

Nome: 74515 RICARDO GOMES DE MENEZES

Responsável: RICARDO GOMES DE MENEZES

Nasc: 06/09/1996 Idade: 21

Mãe: ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Telefone:) - Celular: (88) 99697-1517

Endereço: TRAV DELMIRO GOUVEIA, 24, SALESIANOS - JUAZEIRO DO CEPE: 63.050-063 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO COM FERIMENTOS NA FACE, MSE

Antecedentes Médicos
Exame Físico

 DOR AO EAXA FICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE
 POLITRAUMATIZADO

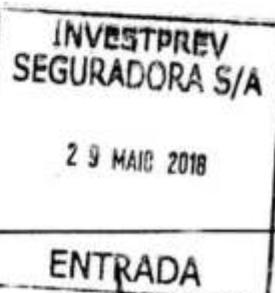
Exames Complementares
Conclusão Diagnóstica

CID-10 | M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Tratamento

SG 1000 IV, COMP B IV, DECADROM IV, VOLTAREM IM, OBS SALA CURTA



29 MAIO 2018

ENTRADA

 DR. Edilberto Macêdo
 MEDICO
 Director Médico

 JOAO EDVALDO DE SOUZA
 CRM: 9544 / CE

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 08/12/2017
Hora: 00:25

Data de Saída:
Hora de Saída

Paciente

Nome: 74515 RICARDO GOMES DE MENEZES

Responsável: RICARDO GOMES DE MENEZES

Mãe: ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Endereço: TRAV DELMIRO GOUVEIA, 24, SALESIANOS - JUAZEIRO DO CEPE: 63 050-063 Natural: JUAZEIRO DO

Nasc: 06/09/1996 Idade: 21

Telefone: - Celular: (88) 99697-1517

Documento

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO COM FERIMENTOS NA FACE. MSE

Antecedentes Médicos

Exame Físico

DOR AO EAXA FICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE
POLITRAUMATIZADO

Exames Complementares

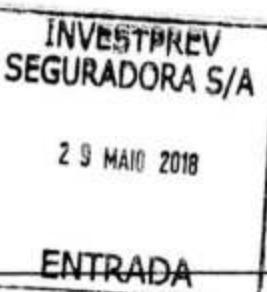
Conclusão Diagnóstica

CID-10 | M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Tratamento

SG 1000 IV, COMP B IV, DECADROM IV, VOLTAREM IM, OBS SALA CURTA



DR. Edilberto Macrício
MÉDICO
DIRETOR MÉDICO

JOAO EDVALDO DE SOUZA
CRM: 9544 / CE

Ficha de Atendimento

 Data: 08/12/2017
 Hora: 00:25

 Data de Saída:
 Hora de Saída:

Paciente

Nome: 74515 RICARDO GOMES DE MENEZES

Responsável: RICARDO GOMES DE MENEZES

Nasc: 06/09/1996 Idade: 21

Mãe: ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Telefone: (88) 99697-1517

Endereço: TRAV DELMIRO GOUVEIA, 24, SALESIANOS - JUAZEIRO DO CEPE: 63 050-063 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 165629789560007

Doc. Identidade: 20075501869 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto

Convênio

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO COM FERIMENTOS NA FACE. MSE

Antecedentes Médicos
Exame Físico

DOR AO EAXA FICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE

POLITRAUMATIZADO

Exames Complementares
Conclusão Diagnóstica

CID-10 | M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Tratamento

SG 1000 IV, COMP B IV, DECADROM IV, VOLTAREM IM, OBS SALA CURTA

INVESTIGAC

SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

 JOAO EDVALDO DE SOUZA
 CRM: 9544 / CE

 DR. Edilberto Magalhães
 MÉDICO
 DIRETOR MÉDICO



INVESTPREV
SEGURADORA S/A
29 MAIO 2018
ENTRADA

MINISTÉRIO DA DEFESA
INSTITUTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
NACIONAL DE HABILITAÇÃO

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. CONTRATO / DOCUMENTO DE 99029071691	SERPDS	CE
CN 045.291.864-23		DATA NACIMENTO 26/09/1982
PAI: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS MÃE: MARIA APARECIDA DOS SANTOS		
PESO / ALTURA		ALTA
Nº REGISTRO 04012393505	VALIDADE 19/12/2021	1ª HABILITAÇÃO 16/12/2006
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO.		
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE		DATA EMISSÃO 27/12/2016
<i>lur-Vuf-27</i> <small>DATA: 27/12/2016</small>		<small>16060501614</small> <small>CE157089509</small>

PESO / ALTURA

1404686297

PESO / ALTURA

1404686297

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
JOSE 01 1134514396		VIA 000000000 2017	
RICARDO GOMES DE MENEZES ***** ***** JUAZEIRO DO NORTE/CE			
06279203301 PLACA ANIVERSARIO ***** CE		06279203301 CHAVES 9C2JB0100HRS510839 PLACA PMZ 6609	
HONDA/POE 110T CAP/POE/CE		CATEGORIA GASOLINA COMUM (G1/G2)	
2P/0CV/109CC ESPECIE TIPO MOTOR/VEICULO		PARTIC VERMELHA COMUM (G1/G2)	
I P V A		COTA UNICA ***** FAIXA IPVA *****	
***** ***** ***** *****		VALOR COTA UNICA ***** PARCELAMENTO/COTAS *****	
PREMIO TABUARIO (R\$) 100 (R\$)		PRAZO TOTAL (R\$) 00/00/0000	
AL. FID. ADMIN DE CONCEICAO NACIONAL HOND A LTDA. ***** *****		DATA DE PAGAMENTO 10/11/2017	
LOCAO JUAZEIRO DO NORTE *****		DATA 10/11/2017	

CE N° 013547822377 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 06279203456 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA OS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204	
2017	
2017 10/11/2017	
b1 06279203301 DPVAT 1134614346 HONDA/POP 110I 2017 09 9C2JB0100HR518839	PLACAS PNZ6609 MEIA/MEIA MEIA/MEIA
PRÉMIO TARIFÁRIO	
CUSTO DO BILHETE (R\$) <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	DESENTRAL (R\$) <input type="checkbox"/> PARCELADO
CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="checkbox"/> PARCELADO
TOTAL: R\$ 00,00	TOTAL: R\$ 00,00
JUN-2017	
LOTE / DOSEGUARADORA LIDER DPVAT MOTOR: JBO1E0H518839 000104	
INVESTPREV GURADORA S/A	
29 MAIO 2018	
ENTRADA	

JUN-2017

29 MAIR 2018

ENTRADA

UNIÃO REGULADORA DE SINISTROS DPVAT

Checklist – Invalidade / DAMS

VÍTIMA condutor passageiro pedestre ciclista carro moto caminhão ônibus

Nome da vítima:	RICARDO GOMES DE MENEZES
CPF	062.792.033-01
Data de nascimento	06-09-1986
Data do fato	07-12-2017 23:30
Boletim de Ocorrência	OK
Declaração de Ausência de IML	OK
Comprovante do ato	OK
Relatório de Atendimento do Socorrista	OK
Declaração do Proprietário do Veículo	OK
Prontuário	OK
Documentos pessoais da vítima	OK
Dut	OK
Autorização de Pagamento	OK
Comprovante bancário	OK
Declaração de residência	OK
Comprovante de residência	OK

PROCURADOR

Nome	EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
CNPJ/CPF	045.291.864-23
Contrato Social / Certidão Simplificada	
Procuração particular	OK
Circular SUSEP	OK
Declaração e Comprovante de endereço	OK
Doc. De identificação do responsável	OK

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

Observações

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180247959 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO GOMES DE MENEZES **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA

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

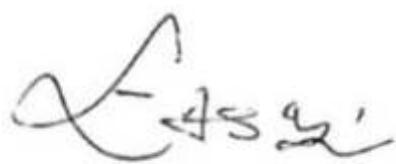
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180247959 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO GOMES DE MENEZES **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame AO EXAME, VITIMA COM MOVIMENTOS PRESERVADOS EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Thiago Caldas Leal

CRM do médico: 10498

UF do CRM do médico: CE

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

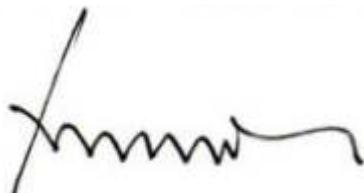
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: PIERARDO GOMES DE MENEZES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 6004557869

Estado Civil: SOLTEIRO

CPF: 069.799.033-01

Profissão: MECANICO

Endereço: R. DE MUNDO GOUVEIA, 94 JUAZEIRO DO NORTE - PI

CEP: 63.050-063

Telefone: (88) 3.8884-8378

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: SOLTEIRO

Identidade: 99029071681

CPF/CNPJ: 045.291.864

Profissão: CORRETOR

Endereço: R. BEA

CEP: 63.050-720

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

PEACEDO GOMES DE MENEZES

Local e data

Assinatura do Outorgante

RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

29 MAIG 2018

ENTRADA



Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) e Elenco de: RICARDO GOMES
DE MENEZES, CONFERIDO (), DOU FÉ. Juiz de Direito do
Mato Grosso - MT - 08/04/2018

FRANÇOISE GOMES DE LIMA

**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: **3180247959**

Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO GOMES DE MENEZES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Travessa Delmiro Gouveia, 24, CASA - Salesianos - Juazeiro do Norte - CE - CEP 63050-063

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SS /CE**] **20075501869**

Data e local do acidente: [**07/12/2017**] **JUAZEIRO DO NORTE, CE**

Data e local do exame: [**19/06/2018**] **Juazeiro do Norte [CE]**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA

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

AO EXAME, VITIMA COM MOVIMENTOS PRESERVADOS EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[] Sim [**X**] Não

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

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"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Thiago Caldas Leal - CRM: 10498 - CE