



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@fabiopompeuadv.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](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª 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

Carta nº 12903502



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**

Vítima: **RICARDO GOMES DE MENEZES**

Data do Acidente: **07/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

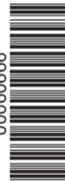
Senhor(a),

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 regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

062.792.033-01

RICARDO GOMES DE MENEZES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RICARDO GOMES DE MENEZES		CPF titular da conta 062.792.033-01	Profissão PELUSO - SC
Endereço TRAVESSA DELMIRO GOUVEIA		Número 24	Complemento CASA
Bairro SALESIANOS	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARA	CEP 63050-063
Email		Telefone (DDD) (85) 458324688	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA CONTA D/V D/V
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)
3587 **00007473** **09013** **2**

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NRO
Name Nº

 AGÊNCIA CONTA D/V D/V
NRO NRO (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

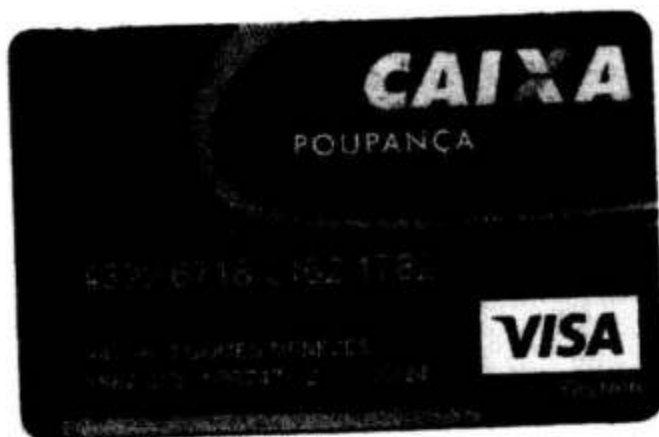
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

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


 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

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 interdita 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

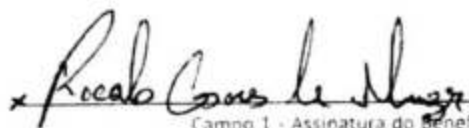
O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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.

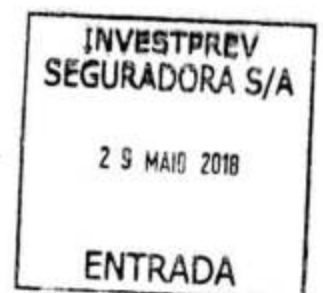
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

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


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 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 n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8532361 Div **6**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

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

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 02/04/2018
Prev. Próxima Leitura 02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

76DD.5AED.2467.9141.E0B8.18A7.2C24.7AFF

IMPOSTOS

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

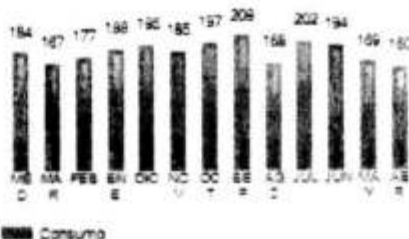
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78
Conjunto JUAZEIRO DO NORTE
Mês FEV/ 2018

	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 Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8532361-6 N° da Nota Fiscal: 519348186 Total a Pagar (R\$): 137,00
Data de Emissão: 04/04/2018 Referência: ABR/2018 N° de Controle: 0008532361 00008 4309 2 90

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



**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**
29 MAIO 2018
ENTRADA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 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 n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8532361 Div **6**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

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

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 02/04/2018 Prev. Próxima Leitura 02/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

76DD.5AED.2467.9141.E0B8.18A7.2C24.7AFF

IRPS

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

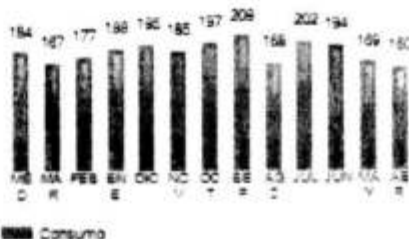
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta CM: 35,78
Conjunto JUAZEIRO DO NORTE
Mês FEV/ 2018

	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 Ecológica(%CO₂)
0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8532361-6 N° da Nota Fiscal: 519348186 Total a Pagar (R\$): 137,00
Data de Emissão: 04/04/2018 Referência: ABR/2018 N° de Controle: 0008532361 00008 4309 2 90

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



INVESTPREV
SEGURADORA S/A
29 MAIO 2018
ENTRADA

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**.

¹ 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 nº9.613/98.

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 Nº 062.792.033 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima RICARDO GOMES DE MENESES inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

J. do Norte 09 de MAIO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

INVESTPREV SEGURADORA S/A
29 MAIO 2018
ENTRADA



UPA 24h Limoeiro

288518

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 Data de Saída:
Hora: 00:25 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 DOCEP: 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:

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

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A
 29 MAIG 2018
 ENTRADA

JOAO EDVALDO DE SOUZA
 CRM: 9544 / CE

DR. Edilberto Macêdo
 Médico
 Diretor Médico



UPA 24h Limoeiro

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

288518

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

Ficha de Atendimento

Data: 08/12/2017 Data de Saída:
Hora: 00:25 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 NORTE CEP: 63.050-063 Natural: JUAZEIRO DO NORTE

Documento

Mat/CNS: 165629789560007 Doc. Identidade: 20075501869 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo 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 EXAME FÍSICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE
POLITRAUMATIZADO

Exames Complementares

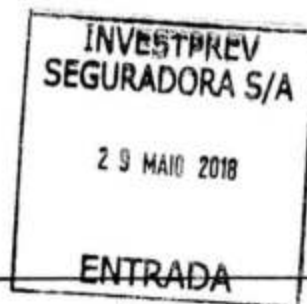
Conclusão Diagnóstica

CID-10 M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Tratamento

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



JOAO EDVALDO DE SOUZA
CRM: 9544 / CE

DR. Edilberto Maciudo
MÉDICO
Diretor Clínico



UPA 24h Limoeiro

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

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

288518

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 NORTE CEP: 63.050-063 Natural: JUAZEIRO DO NORTE

Documento

Mat/CNS: 165629789560007 Doc. Identidade: 20075501869 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo 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 EIXO FICO EDEMA, DEFORMIDADE DE MSE
POLITRAUMATIZADO

Exames Complementares

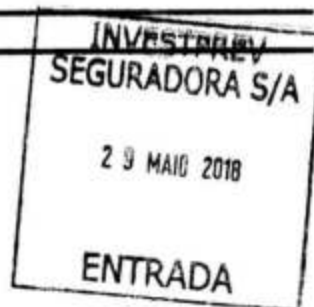
Conclusão Diagnóstica

CID-10 M255

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Tratamento

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



JOAO EDVALDO DE SOUZA
CRM: 9544 / CE

DR. Edilberto Macêdo
MÉDICO
Diretor Clínico

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RICARDO GOMES DE MENEZES

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1225513493



DOC ENTIDADE / OUTRA ENTIDADE UF
 20075501869 SSP CE

CPF
 062.792.033-01

DATA NASCIMENTO
 06/09/1996

NOME DO TITULAR
 GICERLANDS MOREIRA DE MENEZES
 ANTONIA REJANE GOMES DA SILVA

Nº BIOMÉTRICO
 06259447477

VALIDADE
 10/10/2019

Nº HABILITACAO
 12/12/2014

SEM OBSERVAÇÃO:

Ricardo Gomes de Menezes
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSAO
 15/04/2016


ASSINATURA DO TITULAR

59361935646
 CR152961844

DETRAN/CE (CE/RA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1225513493

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC EMPREGO / ORGANIZAÇÃO DE
 99029071691 SSPDS CE

CPF 045.291.864-23 DATA NASCIMTO 26/09/1982

IRACAO
 MANOEL PEREIRA DOS SANTOS
 MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMISSAO [REDACTED] ACC [REDACTED] CATEG [REDACTED] AD

Nº REGISTRO 04012393505 VALOR 19/12/2021 1ª HABITAÇÃO 16/12/2006

SEM OBSERVAÇÃO:

[Signature]

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO 27/12/2016

[Signature] 16060501614
 1404686297 CE157085509

PROIBIDO PLASTIFICAR 1404686297

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DE NATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº **013547822377**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **01** COD. RENAVAM: **1134614346** RNTCD: **00000000000** FÉRIAS: **2017**

JOSE **RICARDO GOMES DE VENEZES** NOME
JUAZEIRO DO NORTE/CE

PLACA: **PNX 6609**
 06279203301

ESTR. TIPO: **9C2JB0100HR518839**

PLACA ANT./UF: **PNX 6609**

PLACA: **PNX 6609**

ESTR. TIPO: **PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC** COMB. SING.: **GASOLINA**

MARCA/MODELO: **HONDA/POP 110T** ANO/FAB: **2017** ANO USU: **2017**

CAP/POT/CIL: **2P/0CV/109CC** CATEGORIA: **PARTIC** COB.FREQUENTANTE: **VERMELHA**

COTA UNICA: **1** VENC. COTA UNICA: **1** VENC. COTAS: **1**

FAVIA/PIVA: **2** PARCELAMENTO/COTAS: **2**

PREMIO TARIFARIO (R\$): **00/00/0000** DATA DE PAGAMENTO: **00/00/0000**

AL.FID. ADMIN DE CONG. NACIONAL HONDA
 A LTDA.

JUAZEIRO DO NORTE
 10/11/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSA 305 - VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM ESTRE JOURNAL DO G. AGA A PESSOAS TRANSPO. STRAS QU NAO. SE GURO DPVAT

CE Nº **013547822377** BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradorahlder.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

Exercício: **2017** DATA EMISSÃO: **10/11/2017**

RENAVAM: **01** OFI/CFE: **06279203301** PLACA: **PNX 6609**

ANOM/FAB: **1134614346** MARCA / M. MODELO: **HONDA/POP 110T**

ANOM/FAB: **2017** IN. CHASS: **9C2JB0100HR518839**

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$): **00/00/0000** CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO SEGURO (R\$): **00/00/0000** DATA DE QUITAÇÃO: **00/00/0000**

COTA UNICA: **1** PARCELADO: **00/00/0000**

LOTE/DOSEGUROPRÓPRIO
 MOTOR: JB01E0H518839

INVESTPREV
 GURADORA S/A

29 MAIO 2018

ENTRADA

JUN-2017

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 PERMITI 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 médico pericial: AO EXAME, VITIMA COM MOVIMENTOS PRESERVADOS EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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: RICARDO GOMES DE MENEZES
Nacionalidade: BRASILEIRO
Identidade: 90045501869
Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: 069.799.033-01
Profissão: MECANICO
Endereço: TR. DELMIRO GOUVEIA, 24, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-063
Telefone: (88) 9.8884-8378

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA Mª DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-720
Telefone: (88) 3512-4870

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:

RICARDO GOMES DE MENEZES

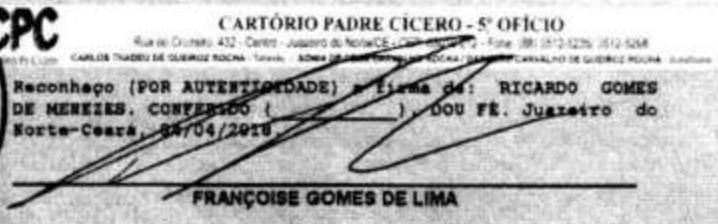
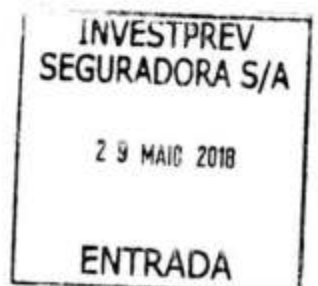
JUAZEIRO DO NORTE-CE, 27/03/2018

Local e data

Ricardo Gomes de Menezes

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



**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?

[] Sim [] Não

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

[] Sim [] 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

(X) "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.

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.



Dr. Thiago Caldas Leal
CRM: 10498 - CE

Thiago Caldas Leal - CRM: 10498 - CE