



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

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

**Dados Básicos**

Foro: Acopiara  
Processo: 00189410520198060029  
Classe do Processo: Embargos de Declaração  
Cível  
Data/Hora: 20/07/2021 12:53:30

**Partes**

Embargante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT  
Embargado: Elias Alves do Nascimento

**Documentos**

Petição: 2701265\_EMBARGO\_DECLA  
RACAO\_SENTENCA\_1A\_IN  
ST\_01 - 1-2.pdf  
Documentação: 2701265\_EMBARGO\_DECLA  
RACAO\_SENTENCA\_1A\_IN  
ST\_Anexo\_02 - 1-23.pdf



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE ACOPARA/CE**

Processo n.º 00189410520198060029

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, já devidamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, por meio de seus advogados que esta subscreve, vem à presença de V. Excelência, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** promovida por ELIAS ALVES DO NASCIMENTO, opor

**EMBARGOS DE DECLARAÇÃO**

Ante os fundamentos a seguir:

**DA SÍNTESE DOS FATOS E DA PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO**

**MATERIA DE ORDEM PÚBLICA**

*Ab initio*, mister ressaltar que o prazo prescricional para ajuizamento da presente ação é de três anos, segundo preceitua **artigo 206, § 3º, IX, do Código Civil**, sendo este prazo ratificado pelo Superior Tribunal de Justiça desde 2009 através da **Súmula 405**.

Merecedor de destaque o Verbete Sumular nº 229 do Superior Tribunal de Justiça, o qual assevera que o pedido administrativo **suspende o prazo prescricional**. Logo, temos que a **retomada** do prazo prescricional se dá com a negativa do pedido administrativo, pois este que dá fim à suspensão daquela contagem.

Assim, por certo, tratando-se o pedido administrativo de uma causa **suspensiva** do prazo prescricional, o lapso transcorrido entre a data da ciência inequívoca (acidente) e o início da causa suspensiva (pedido administrativo) deve ser considerado para fins de somatório ao prazo verificado após cessada a suspensão.

Deste modo, verificou-se no caso em epígrafe a ocorrência da prescrição da pretensão da parte embargada ao recebimento do Seguro, considerando que o acidente ocorreu na data de **21/11/2014**, ao passo que o primeiro pedido administrativo ocorreu no dia **10/02/2016**, conforme pode se comprovar através de simples análise do processo administrativo, transcorrendo entre os dois marcos, o prazo de **1 ANO E 3 MESES**.

Após, a data da negativa do pleito administrativo, ou seja, o fim da causa suspensiva, que se deu na data de **08/08/2016**, temos que a data de ajuizamento da ação ocorreu no dia **20/12/2019**.

Por certo, deve ser considerado o prazo transcorrido ANTES da causa suspensiva, que será somado ao tempo verificado APÓS cessada aquela hipótese e conforme se comprova na documentação acostada aos autos, a pretensão da Recorrida se fulminou em **08/05/2018**.

**VALE RESSALTAR QUE A EMBARGADA ACIONOU NOVAMENTE A SEGURADORA SOMENTE EM 05/10/2018, QUANDO JÁ NÃO HAVIA MAIS PRAZO, TENDO SEU PEDIDO NEGADO EM 06/04/2019.**

Destarte, pugna-se pela reforma da n. Sentença, por estar absolutamente prescrita a pretensão da Apelante.

## **DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ**

Destaca-se que o caso em tela não comporta o afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos, que a vítima não se submeteu a tratamento permanente e contínuo com vistas à recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordiais documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Apelante ter se submetido a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por estar em discussão indenização por invalidez permanente.

**Forçoso assinalar que a simples alegação de que a “ciência inequívoca” se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.**

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega a parte Apelante, somente após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável o afastamento da súmula 278 do STJ, haja vista a carência probatória do tratamento contínuo, razão pela qual merece reforma a r. sentença.

São essas as razões pelas quais a embargante confia, espera e requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, conferido efeitos integrativos para o fim de prover integralmente, tudo por ser medida de direito e irretorquível JUSTIÇA!

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ACOPIARA, 19 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/CE 27954-A**

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8560742

**A/C: ELIAS ALVES DO NASCIMENTO**

**Sinistro:** 3160094376  
**Vitima:** ELIAS ALVES DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 21/11/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CARLOS EDUARDO DA SILVA

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **10/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2016

**Carta nº 9491918**

**a/c: ELIAS ALVES DO NASCIMENTO**

**Sinistro:** 3160094376 ASL-0072628/16  
**Vitima:** ELIAS ALVES DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 21/11/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CARLOS EDUARDO DA SILVA

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** ELIAS ALVES DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180466221

**Vitima:** ELIAS ALVES DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 21/11/2014

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CARLOS EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180466221**.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** **ELIAS ALVES DO NASCIMENTO**

**Nº Sinistro:** **3180466221**

**Vitima:** **ELIAS ALVES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente:** **21/11/2014**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **CARLOS EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180466221**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180466221**

**Vítima: ELIAS ALVES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 21/11/2014**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ELIAS ALVES DO NASCIMENTO**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA:

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU: Eduardo Alves do NascimentoPORTADOR(A) DO RG Nº 939600-85EXPEDIDO POR SSP-CEEM 07/10/85

CPF 123803974830 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO agricultor  
E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eduardo Alves do Nascimento, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoa, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser juntados juntos e apresentados:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

DÉNIA SOCIAL (ou Salário ou funcional)

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 FEV 2016

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luis, 300 - Lt. 147 - Fortaleza/CE

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREV;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, MF (micro empresas) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, com o respectivo comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL, [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTES:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner/colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8175 2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1.241.6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Acionar, 20 de JANEIRO de 2016 x Eduardo Alves do Nascimento

LOCAÇÃO DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtseguradora.com.br](http://www.dpvtseguradora.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

17/01/2016 : BANCO DO BRASIL 14.27,00  
010073442 0203  
AGENCIAS BB - 0900 729.5618  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
POR PURPANCA PARA POLICIA

CL. ENTRE: CARLOS EDUARDO DA SILVA

AGENCIAS: 0700-5 CONTA: 12.340-9 VAR-SE

INFORMACOES DO DEBITO

TOTAL DEBITADO NA VARREAGAO: 51

VALOR TOTAL

TRANSFERENCIA PARA:

CL. ENTRE: ELIAS ALVES DO NASCIMENTO

AGENCIAS: 8175-2 CONTA: 241-5

VARREAGAO DA PURPANCA

NR. DOCUMENTO: 228.115.516.01.241

NR. AUTENLICACAO: 6.953.491.790.000.030

Créditos a partir de 04/06/2012 estariam  
discutidos na 3. MP - 567.2012

Leia o verso como observar este documento,  
entre outras informacões.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
10-FEV-2016
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis 100 - 147 - Fundação

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 404 - 66 / 2016

POLICIA

OCUPADA

MUNICIPAL

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 13/01/2016 11:22:31

Data / Hora da Ocorrência: 21/11/2014 15:30:00

Endereço da Ocorrência: SIT SANTA FELICIA

PROX. DA QUADRA

ACOPARA / CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RITA ALVES DO NASCIMENTO

Nascimento: 01/12/1959

RG: 939628-85 Órgão Emissor: SSPDS UF: - CPF: 17803474888

Filiação: ANTUNIOA ALVES DO NASCIMENTO

ESPEDITA ALVES DO NASCIMENTO

Endereço: SIT SANTA FELICIA 9 CASA

DT: SANTA FELICIA - 63560000

ACOPARA CE BRASIL

<p>A presente cópia é de inteira satisfação com o original exibido nessa Delegacia. O original permanece com a Delegacia.</p> <p>Em testemunha: <i>[Assinatura]</i> - Delegado Assinatura: <i>[Assinatura]</i> - Delegado de 2016</p> <p><input type="checkbox"/> Ana Carolina Ferreira Carvalho <input type="checkbox"/> Jose Luís da Costa Braga <input type="checkbox"/> Mariana Ferreira Oliveira Lemos Figueiredo <input type="checkbox"/> <i>[Assinatura]</i> - Delegado Martins Melo</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Escrevente Autorizada

3º Ofício de Acopara - Co

CA 36 - 038 4700-118

3180466224

Telefone: 88999831327

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 FEVEREIRO DE 2016

Dados da(s) Veículo(s)

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 125 FAN KS

PLACA: NVD2820 MUNICÍPIO / UF: ACOPARA / CE

MODELO/FABRICAÇÃO: 2011/2011 COR: PRETA

RENAVAM: 307531978 CHASSI: 9C2JC4110BR458615

SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: CARILANDIA TEOFILO CORREIA

ENVOLVIMENTO: COLISAO

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom José 300 - 147 - Paraleba/CE

Histórico

AFIRMA SOB AS PENALIDADES PREVISTAS NOS ART. 339, 340 E 342 DO CPP, O DECLARANTE DISSE QUE, NÃO TEM HABILITAÇÃO E QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 21/11/2014 POR VISTA DE 15:30 HORAS; DISSE QUE NO DIA GUIAVA O VEÍCULO TIPO: MOTOCICLETA, RENAVAM: 307531978, NÚMERO CHASSI: 9C2JC4110BR458615, PLACA: NVD 2820, MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS, ANO DE FABRICAÇÃO: 2011, ANO DO MODELO: 2011, COR: PRETA, COM DOCUMENTAÇÃO EM NOME DE CARILANDIA TEOFILO CORREIA; DISSE QUE DOIS DIAS DEPOIS ACORDOU NO HOSPITAL E SOUBE QUE HAVIA SOFRIDO UM ACIDENTE DE MOTO, E QUE FOI UMA COLISÃO EM UM CARRO E QUE A PESSOA DO CARRO NÃO PAROU PARA SOCORRER; DISSE QUE FOI O JOSÉ NOGUEIRA QUE SOCORREU O DECLARANTE, LEVANDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE QUIXELO, POR CONTA DE SER MAIS PERTO DA LOCALIDADE; E QUE LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI DE JUAZEIRO DO NORTE; QUE SOFREU POLIRAMA, TCE DO CÂNIO COM FRATURA/AFUNDAMENTO FRONTAL A ESQUERDA, POIS SOUBE QUE DEVIDO O ACIDENTE O DECLARANTE BATEU COM A CARRÇA E QUE ENTROU UM PEDAÇO DE PAU NA CABEÇA; DISSE QUE TEVE QUE PASEAR POR DUAS CIRURGIAS E QUE AINDA SENTE SEQUELAS DO ACIDENTE; DISSE QUE NÃO RECORDA COMO FOI O ACIDENTE, MAS QUE AS PESSOAS COMENTAM QUE A COLISÃO FOI



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPÍARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 404 - 66 / 2016

NÔMA CURVA, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPÍARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Andrade

LUIMILLA FREITAS ANDRADE - MAT.: 198386-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Patrícia Vieira SENA

VISTO DO DELEGADO(A):

PATRICIA VIEIRA SENA - MAT.: 300832-1-6

Luimilla F. Andrade P. SENA  
Delegacia Pública  
MPC/Delegado

A presente cópia foi elaborada conforme  
com o original exibido neste Boletim de Ocorrência.  
O referido é verdade. Dou fé.  
Em testo: Cynthya Vesconcelos Martins Melo  
Em testo: Cynthya Vesconcelos Martins Melo  
Data: 27/01/2016 na 2016

Ana Cecília Pereira Cabral - Titular  
 José Fábio Lima - Substituto  
 Mariana Reis Nunes Viana Góes - Escrivã-  
 Délia Alexandre Pinto - Escrivã-

Cynthya Vesconcelos Martins Melo  
Escrivã-  
3º Ofício da Acopiara - Ce

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DASAT

CÓPIA DE VERIFICAÇÃO

10 FEVEREIRO DE 2016

Geleto Seguradora S/A  
Av. Dom Luiz, 330 - Bairro: 147  
Alcântara - Fortaleza - CE

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Eduardo Alves dos Nascimento, portador da carteira de identidade nº 939620-85 e inscrito no CPF/MF sob o nº 178-039-748-80, residente e domiciliado na St. Palumério, 1.660-519 - Belo, Cidade Aracaju, Estado SE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Eduardo Alves dos Nascimento

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 FEVEREIRO 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - CEP 49147-000 - Fortaleza/CE

Aracaju-SE, 20-01-2016

Local e data

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elias Alves da Mocinha,

RG nº 939620-85, data de expedição 07/10/85, Órgão SSP-CE,

CPF nº 178.039.748-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residuo no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>St Patrônio - Sta Fé</u>
Número	<u>1.660</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Acaraí</u>
Estado	<u>SC</u>
CEP	<u>63.560-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8132-7681</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

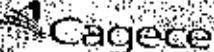
Local e Data: Acaraí - SC, 20-01-2016

Assinatura do Declarante:

Elias Alves da Mocinha





**Fatura Agrupada**

2566976-1

Atendimento ao Cliente: 003-2710555 | E-mail: [atendimento@cagece.com.br](mailto:atendimento@cagece.com.br)

Nome:  
CARLOS EDUARDO DA SILVA

CPF/CNPJ do Cliente:  
018.207.343-23

026.002.00.078.00.0281.0000.1

Endereço:  
RJ 24 DE MAIO, 26, CENTRO

Hid: A09F280430

16/10/2015

Cidade:  
ACOPIARA

Cep:  
63560000

RESIDENCIAL | COMERCIAL | INDUSTRIAL | MÁQUINA  
001 | 000 | 000 | 000

Comp.	Vencimento	Água	Esgoto	Juros/Multa/Serviço	Desconto	SubTotal
JUN/2015	04/08/2015	10,20	0,00 0,00	0,40 0,00	0,00	10,60
MAR/2015	01/06/2015	10,20	0,00 0,00	0,01 2,00	0,00	10,21
JUN/2015	03/06/2015	10,20	0,00 0,00	0,40 0,00	0,00	10,60
JUL/2015	03/08/2015	10,20	0,00 0,01	0,38 1,00	0,00	10,68
AGO/2015	01/08/2015	10,20	0,00 0,46	0,32 0,00	0,00	10,98
SET/2015	01/10/2015	10,20	0,00 0,69	0,34 0,00	0,00	11,23
OUT/2015	03/11/2015	10,20	0,00 0,70	0,32 0,00	0,00	10,22

Mês/Ano Água Esgoto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10-FEV-2016

121,98

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147 - Fortaleza/CE

**Fatura Agrupada**

2566976-1

Atendimento ao Cliente: 003-2710555 | E-mail: [atendimento@cagece.com.br](mailto:atendimento@cagece.com.br)

Nome:  
CARLOS EDUARDO DA SILVA

CPF/CNPJ do Cliente:  
018.207.343-23

026.002.00.078.00.0281.0000.1

Endereço:  
RJ 24 DE MAIO, 26, CENTRO

Hid: A09F280430

Cidade:  
ACOPIARA

Cep:  
63560000

121,98

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CULPITE

82670000001-9 21980009000-9 02566976101-4 00066843015-0



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlo Eduardo da Silva, portador(a) do RG nº 2007181482-0, expedido por SSP-CE, em 17/12/14, CPF/CNPJ nº 018-207-343-23, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Elisia

Elisia do Nascimento do sinistro de DPVAT da natureza invalido, da vítima Elisia do Nascimento, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios:

X carlos eduardo da silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 FEB 2016
Gente Seguradora S/A
INSC. FED. 11.111.111-11 - CNPJ 11.111.111/0001-11

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carilândia Teófilo Corrêa

RG nº 2007865915-3, data de expedição 06/05/11,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 062.445.253-02 com  
domicílio na cidade de Acopiara - CE, no Estado de  
ceara, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
rua amari, nº 516,  
complemento Zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Elias Alves do Nascimento, cujo o condutor era  
Elias Alves do Nascimento.

Veículo: HONDA CG 125 FAN KS

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: AVD 2820

Chassi: 9C2J4110BR458615

Data do Acidente: 21.11.14

Local e Data: Acopiara - CE, 21-01-2016

Carilândia Teófilo Corrêa

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**CARTÓRIO DE SANTO ANTONIO**  
**CARLOS BESERRA PIANCO**

**OFICIAL**  
**RECONHECO VERDADEIRA(S) FIRMA(S)**

**SUPRA** juntas lidas

**RETRO**

Santo Antônio, 21 de 01 de 2016  
Em testemunho Carilândia Teófilo Corrêa da Verdade

Oficial



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 FEV 2016
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís 300 - 117 - Fortaleza/CE

*Valido somente com  
o selo de autenticidade*



## HOSPITAL MUNICIPAL

MARIA DAS NEVES ALVES DO AMARAL (31) 11 5861-1000

HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua das Palmeiras, 304 - CEP: 69351-000  
Fone: (38) 3379-1197 - Fax: (38) 3379-1307  
G.C. 06742480001-42 - C.G.E. M. 920.213-0  
Quintal - Cenit  
e-mail: [asde@uol.com.br](mailto:asde@uol.com.br)

BPA

**(URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)**

Data: 24/11/13 Horário: 11:30 Ocorrência: 02 Idade: 55 Sexo: M

Paciente: Elias Alves do Nascimento

Idade: 50

## Sexo:

231

End. Paciente/Resp

## Prafixos

Telefone: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Doc. de Identificação:

## ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

### Horário de Atendimento:

## ATENDIMENTO MÉDICO

### Histórico doença atual

doença atual: Período de acidente mistocálico apresentou  
dormeço longo (anterior) e/ou regras fárias c/

### Frame Fiction

### Exames Complementares:

## Results

## TEC de a fundamento de Crâneo

### **Destino do Paciente:**

Ass. e Carimbos Médicos

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: 30/11/2014 13:47:03

Prontuário: 100961

Do(a) Sr(a) ELIAS ALVES DO NASCIMENTO

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 22/11/2014 a 30/11/2014.

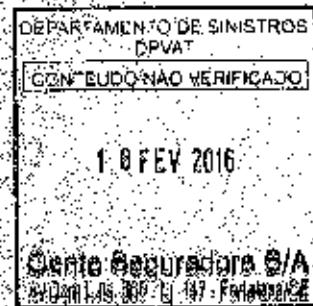
HISTÓRICO	UNIDADE	VALOR DIÁRIO	QTD DIÁRIAS	VALOR TOTAL UNIDADE
	CLINICA CIRURGICA I	R\$ 387,60	8	R\$ 3.100,80
	CENTRO CIRURGICO	R\$ 1.990,32	3	R\$ 5.970,96

Verificamos que o seu tratamento e permanência hospitalar gerou uma despesa de: R\$ 9.071,76.

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recursos do: GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ.

Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,  
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC



## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ELIAS ALVES DO NASCIMENTO  
Endereço: SITIO PATRIMONIO  
Bairro: ZONA RURAL  
CEP: 63560-000

Pontuação: 100951  
Idade: 54 ano(s) 11 mes(es) e 29 dia(s)  
UF: CEARÁ Sexo: Masculino  
Cidade: ACOPÍARA

### Localização

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA I Enfermaria: 04  
Internação: 22/11/2014 21:51 Alta: \* Não Informado Não Informado

Cancelada

Não

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

**Resumo Clínico:**  
O paciente sofreu um acidente de trânsito por queda de motocicleta em 21/11/14. TC do crânio com Fratura aberta de tipo frontal à ESQUERDA. ASSOCIADA A CONTUSÕES ENCEFÁLICAS, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, PNEUMOENDEPALCO E HEMATOMA SUBGALEAL. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO EVOLUÍDO COM MELHORA DO QUADRO, ESTENDO HOJE ASSINTOMÁTICO E COM EXAME NEUROLOGICO NORMAL. FICOU DE CONTROLE COM LESÕES RESIDUAIS, NÃO MAIS CIRÚRGICAS. RETIRADA COM MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA E PREVISÃO DE RETORNO AMBULATORIAL NEUROCIRÚRGICO E PELA CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL.

### Exames Realizados

TC do crânio.

### Terapêutica Utilizada

TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO

### Diagnóstico

S080 - CONCUSSAO CEREBRAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 FEV 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Hélio, 300 - Lote 117 - Fortaleza/CE

### DIAGNÓSTICOS

Principais	Código	Descrição
Sim	S080	CONCUSSAO CEREBRAL

### Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 30/11/2014

### Observações Complementares

RETORNO Aos ambulatórios da neurocirurgia e cirurgia bucomaxilofacial

### Responsável

Médico: JOÃO ANANIAS MACHADO FERRO

Data: 30/11/2014

### CIRURGIA

22/11/2014 RECONSTRUÇÃO  
22/11/2014 HEMATOMA  
22/11/2014 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AFUNDAMENTO CRANIANO

Agendamento		
Bucomedio	Numeros inteiros	
Data: 12/12/14	Data: 26/12/14	Data:
Hora: 14 horas	Hora: 10 horas	Hora:
Código	Código	Código



DO 1º E 2º OFÍCIO  
esta fotocópia é reprodução  
que me foi apresentado conferido(a)  
até a data de 31/05/2018, de art. 2º do Decreto Lei  
nº 2.148 de 25 de abril de 1940  
QUIXELO(CE)

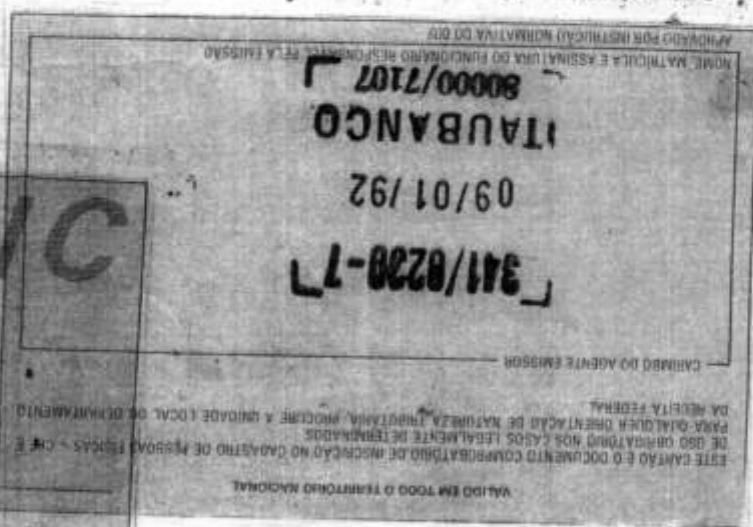
17 AGO 2018

José V. Veitma A. de Araújo-TABELIÃO  
Sildeviano Gomes de Almeida-SUBSTITUTO  
Elianeira Alves de Brito-ESCRIVÃO-ATTESTADA

DEPARTAMENTO DE SI.  
DPVAT  
CONSEJO NACIONAL

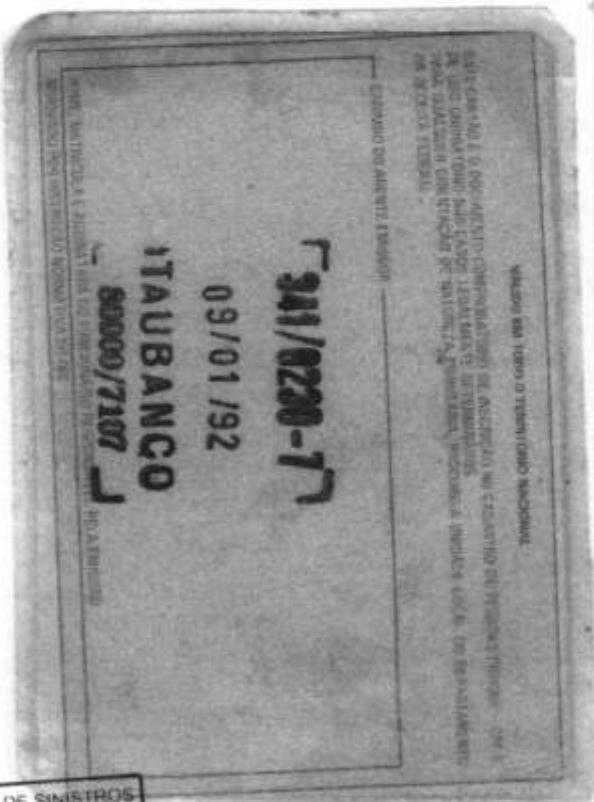
04 OUT 2018

Gente Segurada  
Av. Dom Luís, 300  
Aldeota - Fort. 6



AUTENTICO N.º 00 1º E 2º OFÍCIO  
esta fotocópia é reprodução  
HSS16-613  
me foi apresentado conferido(?)  
os termos do art. 2º do Decreto Lei  
nº 143 da 25 de abril de 1840  
QUIXELO(CE) 17 AGO. 2018

José Werner Alves de Araújo-TABELIÃO  
 Sildervano Gomes de Almeida-SUBSTITUTO  
 Elissandra Alves de Brito-ESCREVENTE AUTORIZADA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES SEGURO DE DANOS PESSOAIS

DETAN - CE  
Nº 012219484779  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

CE N° 012219484779 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CARTILAGEM ISOCÔNICA CORRIDA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
ACOPARADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.  
[www.dpvat.gov.br/odofansito.com.br](http://www.dpvat.gov.br/odofansito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

06244525302 MVD2820

ESTEIRO, 1960. — CONTRIBUIÇÃO

**HONDA/CG 125 FAN KS** MARCA/MODELO  
2011 FABRICACIÓN

86V/12488  
PARTIC  
PRESIA

ACTUALIZACIONES — IMPRESO — PAGADO TOTAL (RS) — FECHA DE PAGAMIENTO.

30000/00/00

CONTRAN

10

MCQTRR

16/12/2014

PROJEKT: 100000  
LOT: DEGIM 32000A LIETZU GROSS  
MOTOR: JC41E1B4S661S00001-04  
Einzelne Abmessungen des Motor- und Getriebekastens sind in der Zeichnung dargestellt.

JUL-2015

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 FEB 2016

Gento Seguradora S/A  
Av. São Luís, 309 - L, 147 - FONTE DA C

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364729/18

**Vítima:** ELIAS ALVES DO NASCIMENTO

**CPF:** 178.039.748-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/11/2014

**Titular do CPF:** ELIAS ALVES DO NASCIMENTO

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### CARLOS EDUARDO DA SILVA : 018.207.343-23

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ELIAS ALVES DO NASCIMENTO : 178.039.748-80

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/10/2018  
Nome: ELIAS ALVES DO NASCIMENTO  
CPF: 178.039.748-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018  
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS  
CPF: 054.403.453-88

ELIAS ALVES DO NASCIMENTO

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS