



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)
Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WTAM.20.00166482-4** em **01/09/2020 15:14:34**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- 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 : Tamboril
Processo : 0030155-55.2019.8.06.0170
Protocolo : WTAM.20.00166482-4
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 01/09/2020 15:14:34

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos [>> Exibir todos](#)

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

Petição* : 2711195_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-2.pdf
Documentação : 2711195_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação : 2711195_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 - 13-19.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 ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TAMBORIL/CE

Processo: 00301555520198060170

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TAMBORIL, 1 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190518747 **Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**

Data do Acidente: 29/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004372

Conta: 000000008163-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

999.337.483-00

Nome completo da vítima:

FRANCISCO ANTONIO ANAVOZO LIMA

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

Nome completo:

FRANCISCO ANTONIO ANAVOZO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Profissão:

ACADEMICO

Endereço:

ST. ACADEMICO

Número:

00000

Complemento:

CASA

Bairro:

AGUINHO

Cidade:

TAMANDA

Estado:

CEARA

CEP:

63.750-000

E-mail:

COMILSON.LASTRA@NOGMAIL.COM

Tel.(DDD):

1881 99294-1706

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA 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 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1392

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00008163

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou Nascrito (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: 1390712-16, 15/05/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura REV SEGUROS

2º | Nome: _____

CPF: _____

15 MAI 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **999.337.483-00** CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ANAVO LIMA** CPF: **999.337.483-00**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ANAVO LIMA** CPF: **999.337.483-00**
 Profissão: **ACARILUL TOR** Endereço: **ST ALVORADO** Número: **00000** Complemento: **CASA**
 Bairro: **ALVORADO** Cidade: **PARAÍBA** Estado: **CEARA** CEP: **03.750-000**
 E-mail: **COMILSON.LIMA1990@hotmail.com** Tel.(DDD): **1831 99291-1706**

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

RENDIMENTO MENSAL

REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4372** CONTA: **00908163** Dígito: **5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (não nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Local e Data: **14/05/2019 - 16, 15 06 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

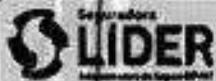
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura: _____





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASU: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
999.337.483-00 FRANCISCO ANTONIO APAVO LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 643/2012

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO APAVO LIMA** CPF: **999.337.483-00**
 Profissão: **ACARDEADOR** Endereço: **ST AL. VITORINO** Número: **00000** Complemento: **CASA**
 Bairro: **AGUINHO** Cidade: **TAMBOREIRAS** Estado: **CEARÁ** CEP: **03.750-000**
 E-mail: **COMILSON.EASY.RIO.001@AOL.COM** Tel.(DDD): **1431 99291-1706**

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4332**

CONTA: **00008163**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a reglão do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a reglão do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a reglão do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedida.

15 MAI 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚRICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (nai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **15 MAI 2019 - 16, 15/06/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

Francisco Clátoris Antônio Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2019

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura



SEGUROS
CAIXA

17019



**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: 3190412097
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Antonio Araujo Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Acudinho, S/N Umero
Acudinho Tamboril CE CEP: 63750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019007760
Data local do acidente: [29/04/2019]
Data local do exame: [20/07/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIOS X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIANDO FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS

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

Tratamento: IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA E FISIOTERAPIA

Complicações: SEM

Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO

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

VÍTIMA COM IMOBILIZADOR ORTOPÉDICO. APRESENTA LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º, 4º E 5º.

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

Sim Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à 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 o 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 60 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.



Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

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: 3190518747
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Antonio Araujo Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Acudinho, S/N Umero
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019007760
Data local do acidente: [29/04/2019]
Data local do exame: [28/09/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSIONADA. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: DEFORMIDADE ÓSSEA.
Data da Alta: 10/08/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim **() Não**

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim **() Não**

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DA MÃO ESQUERDA, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: 10% residual 25% leve
(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Região Corporal (Sequela):
Região Corporal (Sequela):
Região Corporal (Sequela):

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

100

Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566



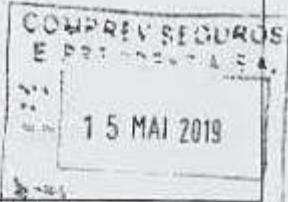
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2ND1110FR026846 Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açudinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apoiou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açudinho, distrito de Açudinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 314 / 2019

motocicleta; QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antônio Araújo Lima

VISTO DO DELEGADO(A): Maria Lídia Bezerra
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

X Francisco Antônio Araújo Nascimento

X Francisco Antônio Araújo Lima





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 556 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:

COMPRA SEGUROS
E PTT 15 MAI 2019

15 MAI 2019

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**

UF:

LUIZ FERREIRA LIMA

Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **TAMBORIL/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 9433-4465**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi: **9C2ND1110FR026846** Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açu, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apoiou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açu, distrito de Açu, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açu, distrito de Açu, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de

DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

Consolidado em: 15/05/2019 10:48:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 15/05/2019 10:49:34



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 314 / 2019

motocicleta: QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antônio Araújo Lima

VISTO DO DELEGADO(A): Maria Lídia Bezerra
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9



X Antônio Araújo Lima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2018316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 314 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 10:31:54**
 Data / Hora da Ocorrência: **29/04/2019 09:37:00**
 Endereço da Ocorrência: **AÇUDINHO**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **TAMBORIL/CE**
 Ponto de Referência:

COMPARECEROS
E PESSOAS AFASTADAS

15 MAI 2019

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA**
 Nascimento: **26/01/1983** CPF: **999.337.483-00**
 RG: **2006019007760** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **TERESINHA DE JESUS ARAUJO LIMA**
LUIZ FERREIRA LIMA
 Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE AÇUDINHO- TAMBORIL**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9433-4465**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNK0076** UF: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2ND1110FR026846 Renavam: **1057259877** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2015**
 Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA**
 Proprietário: **IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art.339 e 340 do CPB).

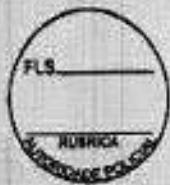
O declarante informa que na data acima mencionada estava conduzindo a motocicleta HONDA XRE 300, ANO 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA PNK-0076, que está em nome de IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO, e trafegava pela estrada carroçal, zona rural do distrito de Açuadinho, quando foi tentar desviar de outra motocicleta, não identificada, que estava no sentido oposto do seu; QUE afirma que ao cair no chão, apoiou a mão esquerda no chão, fraturando dois dedos; QUE foi pilotando a motocicleta até o Hospital de Tamboril; QUE afirma que está sendo auxiliado com a documentação para dar entrada no seguro DPVAT pelo Edmilson Cariri, do Cariri seguros; Afirma ainda que possui carteira nacional de habilitação. E nada mais disse.

TESTEMUNHA IRISMAR ARAUJO NASCIMENTO (CPF: 047.924.263-16)- Moradora do sítio Açuadinho, distrito de Açuadinho, Tamboril-CE. Afirma que é esposa da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE só soube do acidente quando seu esposo chegou em casa; QUE o mesmo relatou que tinha sofrido acidente de trânsito e estava com dois dedos da mão fraturados.

TESTEMUNHA ANTONIO ARAUJO LIMA (CPF: 017.081.603-61)- Morador do sítio Açuadinho, distrito de Açuadinho, Tamboril-CE. Afirma que é irmão da vítima; QUE não é testemunha ocular do acidente; QUE soube por terceiros que seu irmão havia sofrido acidente de



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2019316702



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 314 / 2019

motocicleta: QUE afirma que seu irmão relatou que outra motocicleta colidiu com ele em uma curva e que o mesmo havia fraturado dois dedos da mão.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Camila Alves
CAMILA ALVES NASCIMENTO - MAT.: 301201-8-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Antônio Braga Lima

VISTO DO DELEGADO(A): Maria Lídia Bezerra
MARIA LÍDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

X Francisco Antônio Braga Lima

Francisco Antônio Braga Lima



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **999.337.483-00** CPF da vítima: **999.337.483-00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ANAVATO LIMA**

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

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ANAVATO LIMA** CPF: **999.337.483-00**
 Profissão: **ACARILLEIRO** Número: **00000** Complemento: **CASA**
 Endereço: **ST. ALVORADO** Cidade: **RAMBOUIL** Estado: **CEARA** CEP: **63.750-000**
 Bairro: **ALVORADO** Tel. (DDD): **7831 99291-1706**
 E-mail: **COMILSON.LANFRANCO.09111982@GMAIL.COM**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **4332** CONTA: **00008163** Dígito: **5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei** uma das opções:

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

15 MAI 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **CEARA 07/12 - 16, 15/06/2019** TESTEMUNHAS
 Nome: _____ 1º | Nome: _____
 CPF: _____ CPF: _____ Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: _____ Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X Francisco Antônio Anavato Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

RODO LIDER
 15/06/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do documento ou ASU: **999.337.483-00** CPF da vítima: **FRANCISCO ANTONIO ARANJO LIMA** Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: **FRANCISCO ANTONIO ARANJO LIMA** CPF: **999.337.483-00**
 Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **ST ALVORINHO** Número: **00000** Complemento: **CASA**
 Bairro: **ALVORINHO** Cidade: **TRAMANDI** Estado: **CEARA** CEP: **03.750-000**
 E-mail: **COMILSON.EARL1991.123@GMAIL.COM** Tel. (DDD): **7461 94291-1706**

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

RENDIMENTO MENSAL

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

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (106)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4332** CONTA: **00008163** Dígito: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (naí nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Local e Data: **MANAUS - AM - 15/06/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

Francisco Clátono Aranjo Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

AMAZONAS REV. SEGUROS
 E. EST. 1974
 15 MAI 2019
 Assinatura



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

HOR:09:37 DATA: 29/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

1. NOME: FRANCISCO ANTONIO ARRUDA LIMA IDADE: 36
Nº DO DOCUMENTO: 226019007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.M.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: _____
NATURALIDADE: BRASIL PROFISSÃO: ESTR. PUBLIDA DATA DO NASC: 26/10/193
EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94 334465 ESCOLARIDADE: _____
RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDERECO: ACARAPINHO-FILIAÇÃO: WILFREDINA LIMATERESÍLHA DO JESUS ARRUDA LIMA2. QUEIXA PRINCIPAL: paciente urtum se da deite3. HISTÓRIA ATUAL: com ento constante em 3º e 4º aniversário4. DIAGNÓSTICO: escravo + enstum de erolentes proximais5. CONDUTA: de 4º escravo d'culo5. EXAMES SOLICITADOS: Gros Goro: 15.

7. P.A. _____

8. TEMR: _____

9. PESO: _____

ANTONIO LAVOR FILHO
MEDICO
CREMECE 14060
ASSISTENTE CO 140700

CÓPIA

① rabo inabilitado

② suturas simples



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Horário: 27 DATA: 29/04/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARNOLD LIMA IDADE: 36
 Nº DO DOCUMENTO: 226019007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/01/106
 C.N.: Fis: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO:
 NATURALIDADE: IACARÉ-PB PROFISSÃO: SERV. PÚBLICO DATA DO NASC: 26/01/193
 EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94 334465 ESCOLARIDADE:
 RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDEREÇO: IACARÉ-PB

FILIAÇÃO: LIVIA FERDINIA LIMA

TERESILHA DOS JESUS ARNOLD LIMA

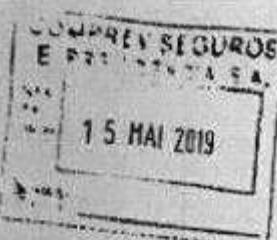
2. QUEIXA PRINCIPAL: Doença urinária de origem renal com 3º e 4º grau de obstrução
 3. HISTÓRIA ATUAL: com dor constante em 3º e 4º quadrante
 4. DIAGNÓSTICO: obstrução → infecção de bactérias urinárias
 5. CONDUTA: de 40 dias d'água das
 5. EXAMES SOLICITADOS: Goss. Gom. + 5.

7. P.A.
 8. TEMP:
 9. PESO:

ANTONIO LAVOR FILHO
 MEDICO
 CRENTE
 14060

CÓPIA

① dor no lado esquerdo
 ② urinas sanguíneas



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04372

CONTA: 00000008163-5

Nr. da Autenticação 88C564C586C4BAA4

ENERGIA ELÉTRICA

3908570

Para regular seu consumo, utilize o "Relatório de consumo que indica seu consumo mensal."

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pelo Lei nº 10.428

de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valderrama, 180

CEP 60025-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 01.047.281/0001-70 | CGF 08.108.849-8

enel

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N.º 571686619

Rota 38 39103 01 190000 - 3 Data de Emissão 25/04/2019

Nome FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

End. Postal ST ALCINHO 00000

ALCINHO - TAMBORIL - 63750000

Medidor 23871254

Ponto 04000 00000

Classe B3 - 03-COMERCIAL,SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 999337433-00

CGF

Nome do Responsável

DETALHAMENTO DE CONSUMO

Mês de Referência	Data de Apresentação	Período	Veja a legenda do consumo desta conta.
Conjunto	Mês	Faixa de 2019	2019 31,65
Abr/2019	25/04/2019	24/05/2019	100% x 0,00 P

ICMS	Padrão Individual	Ajuste Individual
Base de Cálculo Pá. Alíquota Valor do Imposto	Mensal Trimestre Anual	Mensal Trimestre Anual
2,21 27,00 22,11	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00
VALOR RESERVADO AO CONTROLE FISCAL	PIC	DMIC
760,8778,0000,5005,4703,6575,0E13,000	5,52 15,04 30,75 0,00 0,00	5,53 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lat. Ativo Lat. Ativo Cons. Consumo SHARD Cons. Ind. Cons. Pct. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

19 1366 1366 1,00 112 0,00 112 0,00 0,00 0,00

25/04/19 26/04/19 34 0,00 112 0,00 31,65

VALOR CONSUMO DO MES 31,65
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,73

VENCIMENTO 03/06/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$) 93,62**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

	HISTÓRICO DE CONSUMO		
Energia	26,96		
transf...	0,00		
Distribuição	12,18		
Impostos	4,12		
T-Base + IPI + PIS + Cofins...	26,19		
TOTAL	51,65		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compõe seu consumo pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Concorrência Social (kg % CO₂)

43,72 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Para obter mais informações sobre a sua fatura, entre em contato com a sua Agência de Distribuição.

Seu número de CEP é 60025-040.

Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao desperdício.

Deixe a sua casa e churrasqueira. Ministério da Fazenda, Gov. Federal.

Conselho Fazenda Fazenda 1,67 referente a PIS e PIS/COFINS: R\$10,39 + R\$12,18 = R\$22,57.
Mês fechado, considerando a fatura de consumo de energia elétrica de todos os meses com emissões geradas até 31/12/2018, conforme a Lei nº 12.807/2013. Esse valor é resultado das faturas anteriores.

COMPRA SEGURAS
ESTAMOS AQUI
15 MAI 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 25

Eu, IRISMAR ANAÚDO NASCIMENTO,

RG nº 2007121459-3, data de expedição 15/05/08,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 047.924.203-16,

com domicílio na cidade de TAMBORIL, no Estado de

CE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ST AQUINHO, nº 00000,

complemento TERMO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FRANCISCO ANTONIO ANAÚDO LIMA, cujo o condutor era

FRANCISCO ANTONIO ANAÚDO LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2015/2015

Placa: PNK 0076 Chassi: 9C2N01110FR026846

Data do Acidente: 29/04/2019

Local e Data: X TAMBORIL-CE, 15 DE MAIO DE 2019

Irismar Araújo Nascimento
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, INISMAR ARAUJO NASCIMENTO

RG nº 20071214159-3 data de expedição 15/05/08

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 047.924.763-16

com domicílio na cidade de TAMBORE, no Estado de

CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ST AGRINHO, nº 00000

complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FRANCISCO ARMANDO ARAUJO LIMA, cujo o condutor era

FRANCISCO ARMANDO ARAUJO LIMA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2015/2015

Placa: PNK 0076 Chassi: 9C2N0110FR026846

Data do Acidente: 29/04/2019

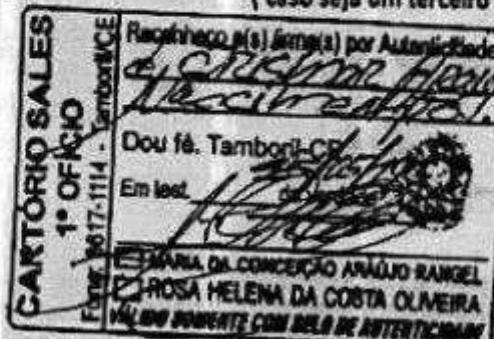
Local e Data: X TAMBORE-CE, 15 DE MAIO DE 2019

X Inismar Araujo Nascimento

Assinatura do Declarante



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





BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Hor 09:37 DATA: 29/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA IDADE: 36
Nº DO DOCUMENTO 206019007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1 1 CARTÓRIO:

NATURALIDADE: IANGAÍL PROFISSÃO: SERV. PÚBLICO DATA DO NASC.: 26/10/193

EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 94 334465 ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO: RAÇA/COR:

ENDERECO: IACUDINHO

FILIAÇÃO: LUIZ FERDINHO LIMA

TERESINHA DOS JESUS ARAUJO LIMA

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de queda de escada com lesão no tronco.

3. HISTÓRIA ATUAL: Com dor contínua contorcendo em 3º a 4º andar da escada.

4. DIAGNÓSTICO: Fracasso e fratura de tronco gástrico.

5. CONDUTA: de 40 dias d'água e sangue.

6. EXAMES SOLICITADOS: Gastroscopia.

7. P.A.:

8. TEMP.:

9. PESO:

Antônio Lavor Filho
Médico
CREMEC 14060

① náusea intensa

② súbitas náuseas



AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO ANTONIO RAVOZO LIMA
CPF e/ou RG: 999.332.483-00

Informações do Acidente

Data do acidente: 29/04/2019



Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

Fratura dos 3º, 4º e 5º metacarcais esquerdo com
descolamento local.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

Analgesia clínica, radiografia, sutura local e
conduta conservadora.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

Lesão anatômica e funcional definitiva: coxa,
mão e limitação da amplitude do movimento da
mão esquerda aos mínimos esforços

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(s) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1º Lesão: máxima com máximas de articulações e mão esquerda

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (75% Intensa () 100% Completa

2º Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3º Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4º Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

03.07.19, amevis-ces

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMNEC 19150

Francisco Antônio Ravozo Lima
Assinatura da vítima

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO ANTONIO MARCOS LIMA
CPF e/ou RG: 999.337.483-00

Informações do Acidente

Data do acidente: 29/04/2019

Descrição das lesões

Descriver o quadro clínico atual informando:

a) Região(s) corporal(is) acometida(s):

Fratura dos 3º, 4º e 5º metacarcais esquerdo com
descolamento local.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

Analgésia clínica, massoterapia, gelo local e
conduta conservadora.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente comutáveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

Lesão anatômica e funcional definitiva: edema,
dor e limitação da amplitude do movimento da
mão esquerda aos mínimos estreços.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de Junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definir valo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: mão com fratura de metacarcais e fratura do osso

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

03-09-19, conclusões

Local e data da realização da avaliação médica

Francisco Antônio Marques Lima
Assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Melo Pinto
MÉDICO
CRMESP 19150

SEGURO
A
1019

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Horas 09:37 DATA: 19/10/19

Nº

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: FRANCISCO ANTONIO ARNAUZ LIMA IDADE: 36
Nº DO DOCUMENTO: 226019007760 ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/106

C.N.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1 1 CARTÓRIO

NATURALIDADE: TRABALHOU PROFISSÃO: SETOR PÚBLICO DATA DO NASC: 26/10/193EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 96334465 ESCOLARIDADE

RELIGIÃO: _____ RACA/COR: _____

ENDERECO: ACARAPINHOFILIAÇÃO: WILFREDINA LIMATERESILHA DO JESUS ARNAUZ LIMA2. QUEIXA PRINCIPAL: Dores Último se sente 20 dias Causa: 20 dias3. HISTÓRIA ATUAL: Com dor curvando-se 3º a 4º arredondado4. DIAGNÓSTICO: Esquerdo + Envolvimento de tronco pélvico5. CONDUTA: do 4º dia Exame de coto neg5. EXAMES SOLICITADOS: Gros Com: 15

7. PA: _____

8. TEMP: _____

9. PESO: _____

ANTONIO LAVOR FILHO
MEDICO
SANTOS 1460① Orto IMobilizante② Suturas simples



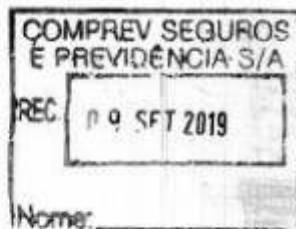
A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the text 'COMPRA E VENDA DE SEGUROS' is at the top, followed by 'E 071 7777454' and a barcode. At the bottom, the date '15 MAI 2019' is stamped.



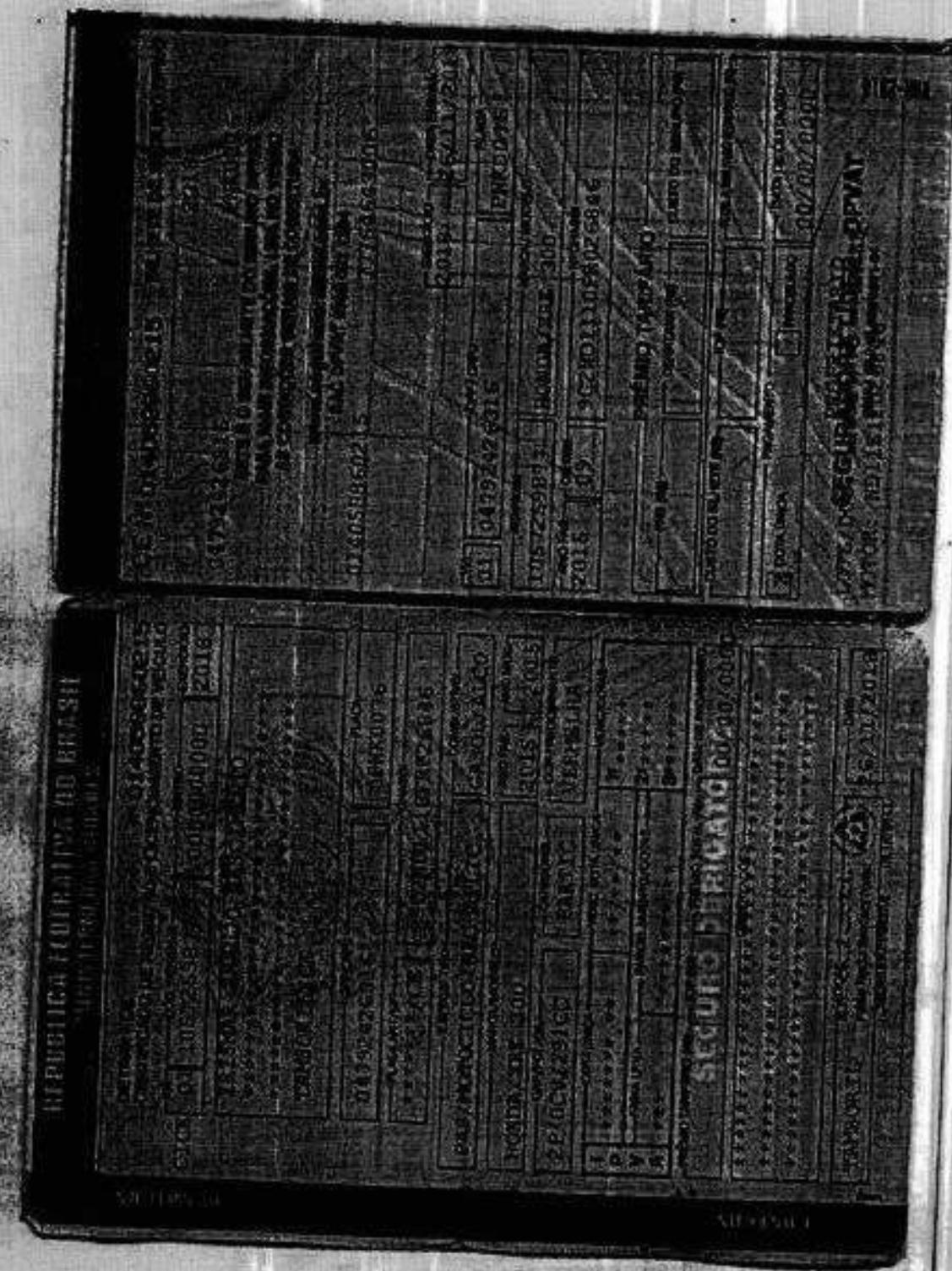


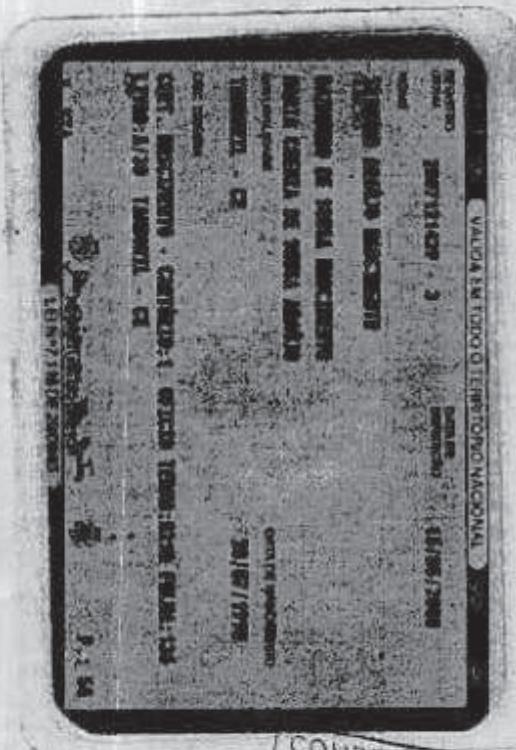
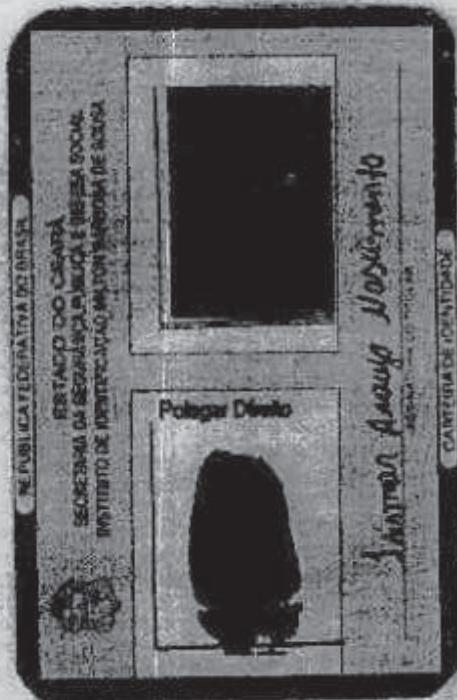
119





REVISED NOVEMBER 1964 1964
NAME





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163338/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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 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: 15/05/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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.dpvtseguro.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: 05/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Número do Sinistro: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

FRANCISCO ANTONIO
ARAUJO LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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 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: 09/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO III, IV E V METACARPOS DA MÃO ESQUERDA E FALANGE PROXIMAL DO IV QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: ATROFIA DA REGIÃO TENAR E HIPOTENAR, DEFORMIDADE ÓSSEA DO IV QRE E DORSO DA MÃO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR INTENSO DO IV QRE E MODERADO DO III E V QRE.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIO X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIAM FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA ESTEVE EM PERÍCIA MÉDICA EM 20/07/2019 SINISTRO 3190412097 CONSTATOU-SE QUE ESTAVA EM TRATAMENTO.

@(1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518747 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO COM LESÃO EM 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. EXAME DE RAIO X DATADO DE 07/07/2019 EVIDENCIA FRATURAS EM 3º E 5º METACARPOS E NA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA ESTEVE EM PERÍCIA MÉDICA EM 20/07/2019 SINISTRO 3190412097 CONSTATOU-SE QUE ESTAVA EM TRATAMENTO.

@(1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA : 999.337.483-00

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 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: 05/09/2019
Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA
CPF: 999.337.483-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308423/19

Número do Sinistro: 3190518747

Vítima: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/09/2019

Nome: FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

CPF: 999.337.483-00

Data do cadastramento: 09/09/2019

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

FRANCISCO ANTONIO ARAUJO LIMA

ANDERSON DE SOUZA LEITE