



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 **WQXB.20.00168173-7** em **12/06/2020 17:39:22**.
- 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.

Petionante
Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro	: Quixeramobim
Processo	: 0050600-11.2020.8.06.0154
Protocolo	: WQXB.20.00168173-7
Tipo da petição	: Contestação
Assunto principal	: Obrigaçao de Fazer / Não Fazer
Data/Hora	: 12/06/2020 17:39:22

Partes
Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados Exibindo todos documentos [>>Exibir 3 primeiros](#)

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

Petição*	: 2726282_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação	: 2726282_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-8.pdf
Documentação	: 2726282_CONTESTACAO_Anexo_02 - 9-17.pdf
Documentação	: 2726282_CONTESTACAO_Anexo_02 - 18-25.pdf
Documentação	: 2726282_CONTESTACAO_Anexo_02 - 26-35.pdf
Documentação	: 2726282_CONTESTACAO_Anexo_02 - 36-40.pdf
Documentação	: 2726282_CONTESTACAO_Anexo_02 - 41-45.pdf
Documentação	: 2726282_CONTESTACAO_Anexo_03 - 1-5.pdf
Documentação	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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



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

Processo: 00506001120208060154

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/12/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/03/2018**.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontrovertido que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. É exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DO LAUDO PARTICULAR PRODUZIDO PELA PARTE AUTORA

IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PARTICULAR EMITIDO

Como se pode observar o laudo pericial acostado aos autos pela parte autora foi emitido por **MÉDICO PARTICULAR**.

Contudo, conforme o Decreto-Lei nº 938 de 1969, não cabe ao profissional particular emitir laudo pericial, principalmente se tratando da existência de lesão de caráter permanente, as quais exigem conhecimentos específicos de profissionais da área médica, devendo o mesmo ser emitido **por médico do IML**.

Dessa forma, o "relatório/atestado/laudo" assinado por profissional particular, não se mostra apto, para fins de seguro DPVAT, a comprovar a incapacidade da parte demandante, pois que documento, além de unilateral, não subscrito por profissional legalmente habilitado para esse fim.

Assim, a ré, **impugna o laudo juntado nos autos**, eis que não realizado por profissional legalmente habilitado, o que prejudica o cálculo de eventual pagamento da indenização, porventura, devido à parte autora, nos termos do art. 5º, § 5º da lei 6.194/74 com redação vigente ao tempo do sinistro em tela

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

²RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%, leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

QUIXERAMOBIM, 8 de junho de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **QUIXERAMOBIM**, nos autos do Processo nº 00506001120208060154.

Rio de Janeiro, 8 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES, portador do RG 2002021090014 inscrito no CPF 016.144.473-30, no dia **23/12/2017**, às 2h15, no município de Quixeramobim/CE, no bairro São Miguel, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto. E para constar eu, Ana Cristina Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Março de 2018

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Sandra Ferreira Cordeiro
COREN-CE 308.314
Enfermeira

SAMU 192 CEARÁ





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES, portador do RG 2002021090014 inscrito no CPF 016.144.473-30, no dia 23/12/2017, às 2h15, no município de Quixeramobim/CE, no bairro São Miguel, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto. E para constar eu, Ana Cristina Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Março de 2018

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Sandra Ferreira Cordeiro
COREN-CE: 308.314
Enfermeira

SAMU 192 CEARÁ



Nº DO CLIENTE

27659-6

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 160
 CEP 60136-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895325

Rota 25 28038 05 048000 - 4 Data de Emissão 05/02/2018

Nome ANTONIO WELLINGTON DA SILVA SARAIVA LEAO

End. Postal FZ OITICICA 00036
DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIN - 63800000Medidor 3078727 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 788131153-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Provisão
Fev/2018	05/02/2018	Próxima Leitura

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda de ícones no lado direito da conta.

Conjunto	Dez/2017	EUSD 28,67
Mês	DIC/2017	DIC/2017 = 0,00 %

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor de Imposto
ISENTO		

Padrão Individual	Apuração Individual
Mensal / Trimestre	Anual
DIC 10,55	21,17 42,34 8,18 11,73 15,55
FIC 7,67	15,34 30,69 2,88 4,00 5,00
DMIC 5,68	1,99

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 2795.6489.9069.8421.0114.0207.565B.04F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

<input type="checkbox"/> Left_Anter	<input type="checkbox"/> Left_Atual	<input type="checkbox"/> Const.	<input type="checkbox"/> Consumo (kWh)	<input type="checkbox"/> Cons. Incl.	<input type="checkbox"/> Cons. Pat.	<input type="checkbox"/> Tarifa (R\$/kWh)	<input type="checkbox"/> Valor (R\$)
FF 20401	157,22	-,00	127	157	157	157	54,81

05/02/18	06/01/18	26 DIAS	159	54,81
----------	----------	---------	-----	-------

DESCRICAÇÃO	VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
MULTA MORATORIA REF 11/2017		1,17
INDENIZACAO MENSAL DMIC		-0,02

07/03/2018

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	25,13
Distribuição	17,78
Encargos Setoriais	6,15
Tributos (PIS/COFINS)	2,69
TOTAL	54,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB
163	159	154	182	152	188	153	172	154	155	173	145	173

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 08 (07) Compensa 0,000 (0,00) CO₂ Consolida Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem desembolso financeiro até esta data, no valor de R\$ 342,79. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor (R\$)
07/2017	131,63
10/2017	72,67
11/2017	59,73
12/2017	73,36

Consta desta fatura R\$ 2,69 referente a PIS e Cofins. Alíquotas: PIS:0,65% e Cofins:0,14%. Iptu: 1 Réu 100 2008 - PIS0,65 + Cofins:0,14,407,00 + 10,801,00.

Para o mês de Janeiro/18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

07 JUN 2018

RECEBIDO

7929856-7

Para agilizar seu atendimento, deixe a sua
conta sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada para auxiliar os

de 16 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdemar, 180

CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 070472510001-70 | CGF 06.108.848-0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO II | SÉRIE 3-4 | 000

Rota

Nome 19 28030 06 001825 - 1

Data de Emissão 519016059

End. Postal HERUSA DOS SANTOS GARCIA

27/03/2018

AV PAULO FRANCO 00264 00264
JAIME LOPES - QUIXERAMOBIM -

Medidor 7761083

Posto 0000 H995

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 016934813-08 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Referência

Última

Lecture

Mar/2018 27/03/2018 26/04/2018

Mês

Previsão

Final

Impresso

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

00:50

<p

Nº DO CLIENTE

27659-6

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 160
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895325

Rota 25 28038 05 048000 - 4 Data de Emissão 05/02/2018
 Nome ANTONIO WELLINGTON DA SILVA SARAIVA LEAO
 End. Postal FZ OITICICA 00036
 DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIN - 63800000
 Medidor 3078727 Posto 0000 0000
 Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO Fator de Potência
 RG / CPF / CNPJ 788131153-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Prox Leitura
Fev/2018	05/02/2018	07/03/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda para saber mais sobre conta.

Conjunto	Dez/2017	EISD 29,67
Mês	DICRI= 0,00 %	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Padrão Individual		Apuração Individual	
Mensal	Trim.	Mensal	Trim.
10,55	21,17	42,34	8,18
7,67	15,34	38,69	2,00
5,68			4,00
			5,00
			1,99

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 21FB.5488.9069.8421.0114.B2E7.555B.04F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letr. Atual Letr. Anterior Contst. Consumo (kWh) Cons. Indl. Cons. Fct. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FV 2018 2017 2016 2015 2014 2013 2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005 2004 2003 2002 2001 2000 2009 2008 2007 2006 2005 2004 2003 2002 2001 2000

05/02/18 06/01/18 28/01/18 159 54,81

DESCRIÇÃO VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATÓRIA REF 11/2017 1,17

INDENIZAÇÃO MENSAL DMIC -0,02

07/03/2018

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	25,18
Transporte	2,61
Distribuição	17,78
Encargos Salariais	6,15
Tributos (IOMS PIS/COFINS)	2,09
TOTAL	54,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mes	Jan	Fev	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
163	159	154	182	152	188	153	172	154	155	173	145	173

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissões (79)

Compensa (669 kg CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

0% 100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos (multa) ate esta data, no valor de R\$ 342,79. Seu fornecimento de energia pode ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
01/2017	131,63
10/2017	72,07
11/2017	55,73
12/2017	73,36

Consta desta fatura R\$ 2,09 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,66% e COFINS:3,14%. Ienei: + R\$ 1,00 (2016) - R\$0,01 (2017) e IPI: 0,10 (2017) vs. 0,09 (2016) v.p.

Para o mês de Janeiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

07 JUN 2018

RECEBIDO

7929856

Pode agilizar seu atendimento, visando o atendimento
sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 67.047.220/0001-70 | CGF 08.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

547389410

Rota 19 ZS030 06 001825 - 1 Data de Emissão 27/10/2018
Nome CERUSA DOS SANTOS GARCIA
End. Postal AV PAULO FRANCO 00264 00284
JAIME LOPES - QUIXERAMOBIM -
Medidor 7761083 Posto 0000 M995
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 016934813-08 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Admissibilidade	Próxima Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
			Veja a legenda no verso desta conta.					
Out/2018	27/10/2018	27/11/2018	Conjunto	QUÍXERAMOBIM	Mês	Out 2018	ESE 41,4	
ICMS			Padrão individual					
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Mensal	Trm.	Anual	Mensal	Trm.	Anual
85,79	27,00%	23,11	DIC	5,31	12,62	21,25	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL		FIC	0,00	6,68	13,36	0,00	0,00	0,00
		DMIC	3,63			3,63		

INFORMAÇÕES SOBRE O SATURAMENTO DO CONSUMO

Lata Atual Lata Anterior Contas Consumo (kWh) Cons. Inc. Cons. Falt. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

27/10/18	27/09/18	30/10/18	100	0,00	100	85,79
DESCRÍPCAO				VALOR (R\$)		

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATORIA REF 09/2018 85,79

JUROS DO MES 1,55

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 0,49

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,91) 18,43

VENCIMENTO

05/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

24,73	52,52
13,72	31,49
1,70	3,75
20,92	46,23
7,91	18,43
12,5	25,73

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

125	107	101	173	149	120	156	114	121	118	119	140	163
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emisso kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Condicionado Ecológico (6%CO₂)

40,21 0,00

Este documento é de propriedade da Companhia Energética do Ceará - CEMIG. É de uso exclusivo da CEMIG e não pode ser reproduzido, divulgado ou utilizado para fins comerciais sem autorização escrita da CEMIG. Caso seja constatado o uso indevido, a CEMIG poderá impor multa e/ou encerrar o fornecimento de energia elétrica.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Genusa ides Santos Garcia inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.034.813 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cesar Ilyvan barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473/ 30, do sinistro de DPVAT cobertura invalidis da Vítima Cesar Ilyvan barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473/ 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Raulo Franco</u>	Número <u>264</u>	Complemento
Bairro <u>Jairme Lopes</u>	Cidade <u>Quixarambim</u>	Estado <u>Ceará</u>
Email <u>genusasantos2019@gmail.com</u>	Telefone comercial DDD <u>(88) 9761-8985</u>	Telefone celular (DDD) <u>63-800-0000</u>

Quixarambim, 10 de abril de 2018
Local e Data

Genusa ides Santos Garcia
Assinatura do Declarante

07 JUN 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Gerusa dos Santos Garcia, inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.934.813 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cesar Dijavan Barbosa Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Cesar Dijavan Barbosa Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Raulo Franco</u>	Número	<u>264</u>
Bairro	<u>Jaime Lopes</u>	Estado	<u>CE</u>
Email	<u>Quixaramobim</u>	CEP	<u>63.800-000</u>
Assinatura	<u>gerusasantos2019@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(88) 9.9761-8985</u>
Local e Data	<u>Quixaramobim, 12 de novembro de 2018</u>		

Gerusa dos Santos Garcia
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonia Vania Isaias de Albuquerque,
RG nº 2006021056480 data de expedição 19/09/2016
Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 510.454.943-72, com
domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Fazenda Sítio das, nº 5N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cesar Ilgavan Barbosa Gomes, cujo o condutor era
Cesar Ilgavan Barbosa Gomes

Veículo: HONDA/POP 110I

Modelo: 2017

Ano: 2016

Placa: P0B3960

Chassi: 9C2JBO100HR226086

Data do Acidente: 23/11/21/2017

Local e Data: Quixeramobim 09/10/2018

Antonia Vania Isaias de Albuquerque

Assinatura do Declarante

Cesar Ilgavan Barbosa Gomes

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonia vania Isaias de Albuquerque,
RG nº 2006021056480 data de expedição 19/09/2006
Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 510.454.943-72, com
domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Fazenda Estácio, nº 5N,
complemento _____. declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Cesar Ifavon barbosa gomes, cujo o condutor era
Cesar Ifavon barbosa gomes.

Veículo: HONDA/POP 110I

Modelo: 2017

Ano: 2016

Placa: P062960

Chassi: 9C2JBL00HR226086

Data do Acidente: 23/12/2017

Local e Data: Quixeramobim 09/04/2018

Antonia vania Isaias de Albuquerque

Assinatura do Declarante

Cesar Ifavon Barbosa Gomes

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



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade:
Antonia vania Isaias de Albuquerque
Deu Fá. Quixeramobim - CE 19/ABR/2018
Em testemunho _____ da verdade.
(Assinatura)
Jeú Dantas Coutinho
ESCREVENTE

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
QUIXERAMOBIM - CE
Rua: Condego Andrade N.º 154
Bairro: Centro CEP: 62.590-000 CNPJ: 16.914.093/0001-56





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 21/06/2018

HORÁRIO: 08:00

ATENDIMENTO N°: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: Edson DATA NASCIMENTO: 10/01/1980 IDADE: 38 ESTADO CIVIL: Solteiro
SEXO: M SUS: _____
MÃE: _____
NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____
SUSENORRECO: _____ BAIRRO: _____ CEP: 63900-000
CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Significativo ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 120 mmHg SPO₂: 98 % FC: 75 bpm FR: 18 lpm T: 36.5 °C PESO: 75 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;</p> <p><input type="checkbox"/> Queimaduras grandes;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Gravado;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + clorose + falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor de fôrma por mais de 30 min;</p> <p><input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas (falta de ar);</p> <p><input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações ECG + sintomas (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada;</p> <p><input type="checkbox"/> Parestesias; ferimentos (contusões);</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;</p> <p><input type="checkbox"/> História de convulsão;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</p> <p><input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Nausées, vômitos e diarréia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor;</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes escoitados;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarréia sem sinais de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abscessos;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;</p>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

07 JUN 2018

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA: _____

HORARIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Homem de 20 anos. Vítima de moto, apresentando lesões na face e no corpo. Foi encaminhado para o pronto-socorro.

PRESUNÇÃO:

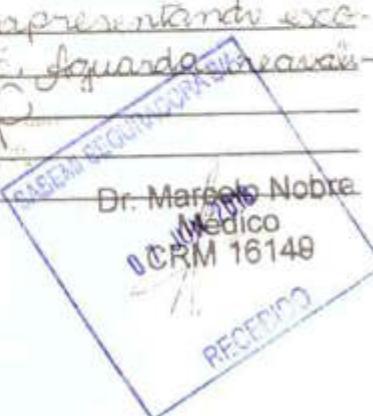
(300) (500)

03/45

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente酒醉状态, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo. Medicado conforme prescrição, aguarda evolução. Deve ser encaminhado para pronto-socorro.





IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES	ID Paciente: 5545430	
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY		Data do Exame: 11/01/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404





IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES	ID Paciente: 5545430	
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY	Data do Exame: 11/01/2018	
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 23 / 12 / 17

HORÁRIO: 08:00

ATENDIMENTO Nº: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: Carmo Oliveira
 SEXO: M DATA NASCIMENTO: / / IDADE: ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 MÃE: SUS:
 NATURALIDADE: PROFISSÃO:
 ENDEREÇO: Rua 05, nº 44 BAIRRO: CEP: 63.800-000
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Sigis Vitor Inácio Belchior
 ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor torácica por mais de 30 min; <input type="checkbox"/> Perforação no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas/falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (contusões); 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsões; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematoêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarréia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intenso; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoletados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarréia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina; <p>SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.</p>

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA: _____

HORÁRIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto (SAC) apresentando escoriações na face, náuseas e vômitos.

PRESCRIÇÃO:

1) Paracetamol 500 (500) (500)
2) Dexazepam 5 mg CV
3) Salsap. 30 mg c/ no sono
4) Nabilone 0,015 c/ no sono
5) Metocarbamol 500 mg

03/15

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo. Medicado conforme prescrição. Aguarda reavaliação. Deve ser o cuidador da enfermagem.

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO

2. ISGH | 6. Consulta

2018-10-03 10:45

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Afestado Mídia

Afestado, para o clínico em
que é Cesar Picavim Barbosa
Gomes, 33 anos, agenulado de TCE,
apresentando deficiência de difícil
controle, mesmo em uso regular
de medicamentos (Tromoxamato 250/dia)
Resalta que o seguidor é jovem
e com sede de exercer sua
atividade laboral (Agricultor)

CID 10 G44.3

/

DATA: 02/10/18

MÉDICO

CRM-SP 123456

MÉDICO/CREMEC

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



Dr. Pontes Neto

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA:

HORARIO:

ATENDIMENTO N°:

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: _____
 SEXO: _____ DATA NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
 NAI: _____ SUS: _____
 NATURALIDADE: _____ PROFISSAO: _____
 ENDERECO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
 CIDADE: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____
 ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Sigiloso Atenção Clínica Confidencial Assinatura Paciente / Responsável

PA: _____ mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIROS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Poliuria/urina escurecida;</p> <p><input type="checkbox"/> Cintilância grande;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração da consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave:</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + clorose + febre acima de 38°C;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda consciente ou desorientação por mais de 30 min;</p> <p><input type="checkbox"/> Profundidade na pele, edema ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou toxicológica aguda;</p> <p><input type="checkbox"/> Anestesia ou reações alergo-irritativas agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial crônica (hipertensão arterial);</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações ECG + sintomas suspeitos cardíacos;</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia contínua;</p> <p><input type="checkbox"/> Traumas; ferimentos graves;</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;</p> <p><input type="checkbox"/> História de convulsões;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, fome, vômito, taquicardia, tonturas;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinal vital em pacientes sintomáticos;</p> <p><input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorraquia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação - greve;</p> <p><input type="checkbox"/> Freqüente alta (39-40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Exsudatos, entorse + dor</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes esgotados;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor óvário moderada a leve;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações vitais;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinal de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abcesso;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gestante;</p>	<p><input type="checkbox"/> Qualquer outra alteração aguda;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;</p>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

07 JUN 2018

REGISTRO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



Dr. Pontes Neto

DATA:

HORÁRIO:

ANAMSE E EXAME FÍSICO:

PRIMEIRAS:

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÃO DA ENFERMIDADE:

Homem idoso, vítima de acidente ai, mto apertando exa-
mínas pelo corpo. Medicado conforme prescricão. Aguarde evolu-
ção. Deixe sob custódia da enfermeira.

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16148

RECIBO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES	ID Paciente: 5545430	
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY	Data do Exame: 11/01/2018	

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

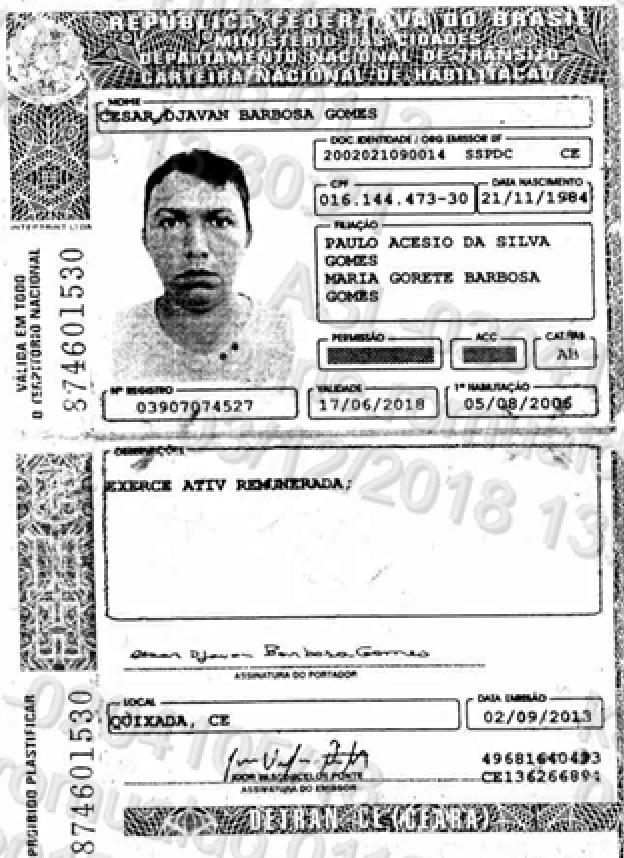
Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2015091146 - 1
DATAS DE EXPEDIÇÃO	19/08/2015
NOME	GERUSA DOS SANTOS GARCIA
PAI/AO	LUIS VAZ DE ABREU
MÃE/AO	MARIA DOS SANTOS DE ABREU
NATURALIDADE	BOA VIAGEM - CE
	DATAS DE NASCIMENTO 10/04/1986
DOC. CRIMEN	CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: GERALDINA TERMO: 5016 FOLHA: 184 LIVRO: 5-10 BOA VIAGEM - CE IMP 016.934.913-08
	P.: 27
1. VIA	LEI N° 7.110 DE 29 DE 53

CONTRAN

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CÂMARES

DETAN - CE		Nº 013547718480	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA 01	GOD RENAVAM 1105972221	0000000000	PERÍCIA 2017
LJUCA	ANTONIA VALIA TÂMIS DE ALBUQUERQUE	NAME *****	EXERCÍCIO 2017
QUIXEIRAMBIM/CE			
CHP/CHP/J 51045494372		PLACA POC2560	CHASSI 9C2JB0100HR22606
PLACA ANT/UF CE		ESPECIE TIPO GASOLINA	MARCA/Modelo HONDA/POE 110I
MARCA/MODELO HONDA/POE 110I		ANO/FAB 2015	ANO/FAB 2015
CAT/PO/PC 2E/0CV/103CC		CATEGORIA FARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA
COTA UNICA 1 2 3		VENC. COTA UNICA 1º 00/00/0000 2º 00/00/0000 3º 00/00/0000	VENCIMENTO 13/12/2017
PRÉ-MÍDIA TARIFÁRIA 1 2 3		PRÉ-MÍDIA TARIFÁRIA (R\$) 1 OF (R\$) 00,00/0000	PRÉ-MÍDIO TOTAL (R\$) 00,00/0000
OBSERVAÇÕES			
<input checked="" type="checkbox"/> DATA UNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO <input type="checkbox"/> PAGAMENTO			
LOTE / D. SEGURO BORA LIBER DPVAT MOTOR: JEB1E0H220399900001-04			
LOCAL QUIXEIRAMBIM/CE	DATA 13/12/2017	REVISÃO Luis Henrique	

CE N° 013547718480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
[WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR](http://www.seguradoralider.com.br)
SAC DPVAT 0600 022 1204

VIA 01	RENAVAM 1105972221	CHASSI 9C2JB0100HR22606
DETAN - CE	HONDA/POE 110I	MARCA/Modelo
PERÍCIA 2017	Nº CHASSI 9C2JB0100HR22606	DATA EMISSÃO 13/12/2017
PRÉ-MÍDIA TARIFÁRIA		
PRÉ-MÍDIA TARIFÁRIA (R\$) 1 OF (R\$) 00,00/0000 2 FMS (R\$) 00,00/0000 3 DENTRAN (R\$) 00,00/0000		
CUSTO DO BILHETE (R\$)		
CUSTO DO BILHETE (R\$) 1 OF (R\$) 00,00/0000 2 PAGAMENTO (R\$) 00,00/0000 3 TOTAL A SER PAGO SEGUNDO (R\$) 00,00/0000		



LOTE / D. SEGURO BORA LIBER DPVAT
MOTOR: JEB1E0H220399900001-04

JUN-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA TEMPOROPARIETAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total		0 %	R\$ 0,00	

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA TEMPOROPARIETAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **(4)RELATÓRIO MÉDICO 02/10/18 - "CEFALÉIA".

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média)

Descrição do exame Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força Refere apenas quadro de cefaleia cronica, com piora com **médico pericial:** luminosidade em uso de topiramato

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador. Há descrição de sintomas subjetivos sem comprovação de sequelas que os justifiquem

Médico examinador: CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CRM do médico: 15512

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média)

Descrição do exame Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força Refere apenas quadro de cefaleia cronica, com piora com **médico pericial:** luminosidade em uso de topiramato

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador. Há descrição de sintomas subjetivos sem comprovação de sequelas que os justifiquem

Médico examinador: CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CRM do médico: 15512

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Cesar Djavan Barbosa Gomes

Nacionalidade: brasileiro

Estado civil: Solteiro

Identidade: 214 039 070 74527

CPF: 016.144.473-30

Profissão: Agricultor

Endereço: Edgencia Autêntica distrito paulos brancos

CEP: 63.800-000

Telefone _____

OUTORGADO:

Nome: Gerusades Santos Garcia

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: Casada

Identidade: 20150911246-1

CPF/CNPJ: 016.934.813-08

Profissão: funcionário

Endereço: Raulo Franco 264 Jaime Lopes

CEP: 63.800-000

Telefone (55) 9.9761-8985 (88) 9.9218-0612

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

Cesar Djavan Barbosa Gomes

Guaramirim - 19 OUT 2018

Local e data

Cesar Djavan Barbosa Gomes

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



Reconhecido(a) (s) firmado(s) por autenticidade:
Cesar Djavan Barbosa Gomes

Quixeramobim-SC 19 OUT 2018

Alma

KARLA PATRÍCIA FARIA DE ALMEIDA
 LUANA DIAS LEMOS LIMA
 MARIELLY MORAIS MACIEL
ESCREVENTES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436540/18

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

CPF: 016.144.473-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2017

CESAR DJAVAN BARBOSA
GOMES

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERUSA DOS SANTOS GARCIA : 016.934.813-08

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

CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES : 016.144.473-30

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: 03/12/2018
Nome: GERUSA DOS SANTOS GARCIA
CPF: 016.934.813-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

GERUSA DOS SANTOS GARCIA

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Nº Sinistro: 3180567946
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES
Data do Acidente: 23/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180567946**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567946

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

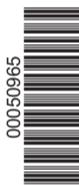
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567946

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade** do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou A51:

CPF da vítima

016.144.473-30

Nome completo da vítima

Cesar Djavan barbosa gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Cesar Djavan barbosa gomes

CPF titular da conta

016.144.473-30

Profissão

Agricultor

Endereço
Fazenda vitória

Número

36

Cidade

Distrito São Miguel

Estado

Ceará

Brasil

CEP 63.800-000

Telefone (DDD)

(83) 9761-8985

Email

gerusasantos2011@gmail.com

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

BANCO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Nome

AGÊNCIA

Nº

conta

Nº

conta

Nº

2843

01327504

3

(informar digito se existir)

(informar digito se existir)

AGÊNCIA

Nº

conta

Nº

conta

Nº

(informar digito se existir)

(informar digito se existir)

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

Quixaramirim, 10 de abril de 2018

Local & Data

Cesar Djavan Barbosa Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

07 JUN 2018
RECEBIDO
LASEMI SECURITÁRIA LTDA

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:

Nome completo da vítima:

016.144.473-30 Cesar Djavan Barbosa Gomes

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

016.144.473-30

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Rua: brancos

Quixaramobim

65.800-000

E-mail:

curuca.santos2012@gmail.com

Tel. (DDD):

(88) 9.9918-0612

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **08413**

CONTA: **013 27504 3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 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. 3º, §1º, 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 (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 aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Quixaramobim 32/11/2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cesar Djavan Barbosa Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura: _____ 03 DEZ 2018

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ RECEBIDO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:16:42**
Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2017 02:15:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO**
Complemento:
Bairro: **Município: QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A LOCALIDADE DE PARADA MIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**
Nascimento: **21/11/1984** CPF: **016.144.473-30**
RG : **Orgão Emissor:**
Filiação: **MARIA GORETE BARBOSA GOMES**
PAULO ACESIO DA SILVA GOMES
Endereço: **VILA OITISICA, 15**
Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CEP:** **Telefone: (88) 99201-1071**

Dados do(s) Veículo(s)

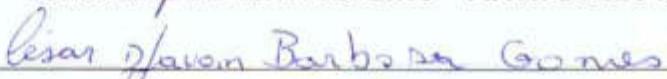
1) Placa: **POO2960** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9C2JB0100HR226086** Renavam: **1105972221** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa à vítima que é habilitado-CNH: 03907074527 e CPF: 016.144.473-30; Que na data hora supracitada, vinha conduzindo o veículo, uma motocicleta de MARCA/MOD. HONDA POP 110I, PLACA: POO2960/CE, CHASSI: 9C2JB0100HR226086, COR: VERMELHA, ANO: 2016 de propriedade de ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE, cunhada da vítima; Que vinha sozinho e estava se deslocando da localidade de São Miguel em destino para Fazenda de Oiticica; Que a vítima lembra que vinha do São Miguel e que no outro dia já acordou no hospital; Que de acordo com a Certidão narrativa do SAMU 192 CEARÁ, assinado pela assessora executiva, MARIA DAS GRAÇAS TORRES, foi prestado atendimento a uma pessoa vítima de acidente de moto e que foi encaminhada para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto; Que a vítima deu entrada no referido hospital às 03h e 20min, do dia 23.12.2017 e foi atendido pelo Dr. MARCELO NOBRE & CREMEC: 16149, de acordo com a Ficha de Atendimento Urgência/Emergência nº53; Que a vítima chegou inconsciente e só dia seguinte recobrou a memória; Que a vítima ficou em observação pelo período de 24 horas e depois recebeu alta; Que com 4 dias depois a vítima retornou ao referido hospital, queixando-se de fortes dores de cabeça e que nesse momento foi transferido para o Hospital Regional do Sertão Central e lá foi realizada uma tomografia computadorizada, que detectou uma fratura no crânio; Que retornou ao Pontes Neto e já ficou internado esperando para ser transferido

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018**

para o Hospital Dr. José Frota na cidade de Fortaleza; Que ao chegar no referido hospital ficou internado pelo período de 15 dias para que fossem ministrados medicamentos para desmanchar coágulos que foram formados devido a lesão; Que após isso recebeu alta para se recuperar em casa; Que o médico forneceu o atestado médico pelo período de 15 dias para recuperação; Que a vítima continua sentindo fortes dores de cabeça e aguarda para que seja realizado um outro exame de tomografia computadorizada; Que veio a esta Delegacia de Policia para confecção do Boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT sozinho, sem ser acompanhado por um assessor de seguro; Que as informações prestadas neste procedimento são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**
KAROLINE DE LIMA RIBEIRO - MAT.: 30110412**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :**
CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:16:42**
Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2017 02:15:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO**
Complemento:
Bairro: **Município: QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A LOCALIDADE DE PARADA MIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**
Nascimento: **21/11/1984** CPF: **016.144.473-30**
RG : **Orgão Emissor:**
Filiação: **MARIA GORETE BARBOSA GOMES**
PAULO ACESIO DA SILVA GOMES
Endereço: **VILA OITISICA, 15**
Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE** CEP: **CE** Telefone: **(88) 99201-1071**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POO2960** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9C2JB0100HR226086** Renavam: **1105972221** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa à vítima que é habilitado-CNH: 03907074527 e CPF: 016.144.473-30; Que na data hora supracitada, vinha conduzindo o veículo, uma motocicleta de MARCA/MOD. HONDA POP 110I, PLACA: POO2960/CE, CHASSI: 9C2JB0100HR226086, COR: VERMELHA, ANO: 2016 de propriedade de ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE, cunhada da vítima; Que vinha sozinho e estava se deslocando da localidade de São Miguel em destino para Fazenda de Oiticica; Que a vítima lembra que vinha do São Miguel e que no outro dia já acordou no hospital; Que de acordo com a Certidão narrativa do SAMU 192 CEARÁ, assinado pela assessora executiva, MARIA DAS GRAÇAS TORRES, foi prestado atendimento a uma pessoa vítima de acidente de moto e que foi encaminhada para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto; Que a vítima deu entrada no referido hospital às 03h e 20min, do dia 23.12.2017 e foi atendido pelo Dr. MARCELO NOBRE & CREMEC: 16149, de acordo com a Ficha de Atendimento Urgência/Emergência nº53; Que a vítima chegou inconsciente e só dia seguinte recobrou a memória; Que a vítima ficou em observação pelo período de 24 horas e depois recebeu alta; Que com 4 dias depois a vítima retornou ao referido hospital, queixando-se de fortes dores de cabeça e que nesse momento foi transferido para o Hospital Regional do Sertão Central e lá foi realizada uma tomografia computadorizada, que detectou uma fratura no crânio; Que retornou ao Pontes Neto e já ficou internado esperando para ser transferido.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

para o Hospital Dr. José Frota na cidade de Fortaleza; Que ao chegar no referido hospital ficou internado pelo período de 15 dias para que fossem ministrados medicamentos para desmanchar coágulos que foram formados devido a lesão; Que após isso recebeu alta para se recuperar em casa; Que o médico forneceu o atestado médico pelo período de 15 dias para recuperação; Que a vítima continua sentindo fortes dores de cabeça e aguarda para que seja realizado um outro exame de tomografia computadorizada; Que veio a esta Delegacia de Policia para confecção do Boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT sozinho, sem ser acompanhado por um assessor de seguro; Que as informações prestadas neste procedimento são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

KAROLINE DE LIMA RIBEIRO - MAT.: 30110412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cesar Jaison Barbosa Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Cesar Juvan Barbosa Gomes

CPF da Vítima

016.144.473-30

Data do Acidente

23/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

guilhermasantos2019@gmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(83) 9761-8785

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Quixaramirim, 10 de abril de 2018

Local e Data



Cesar Juvan Barbosa Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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:

Nome completo da vítima:

016.144.473-30 Cesar Djavan Barbosa Gomes

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

016.144.473-30

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Rua: brancos

Quixaramobim

65.800-000

E-mail:

curuca.santos2012@gmail.com

Tel. (DDD):

(88) 9.9918-0612

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **08413**

CONTA: **013-27504-3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 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. 3º, §1º, 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 (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 aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Quixaramobim 32/11/2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cesar Djavan Barbosa Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ SABEMI SEGURADORA S/A
CPF: _____

Assinatura: _____ 03 DEZ 2018

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ RECEBIDO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180567946

Nome do(a) Examinado(a): CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): Z OITICICA, 36 - QUIXERAMOBIM/CE - CEP 63800-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2002021090014 - SSP

Data e Local do Acidente : 23/12/2017 - Proximo a localidade de parada mil

Data e Local do Exame : 12/12/2018 RUA JOSÉ DE QUEIROZ PESSOA,
2511 - QUIXADÁ/CE - CEP 63902-098

Resultado da Avaliação Médica

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

Paciente vítima de acidente de moto, ocorrido no dia 23 de dezembro de 2017, sendo encaminhado para hospital de referencia sendo constatado presença de hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média, sendo indicado tratamento conservador.

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

Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

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

Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força

Refere apenas quadro de cefaleia crônica, com piora com luminosidade em uso de topiramato

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [] Sim [X] Não

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(X) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

Paciente com quadro de cefaleia crônica pós traumática, em uso de topiramato (25mg/dia), nega uso de outras medicações para controle.

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Nº Sinistro: 3180262061

Vitima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180262061**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**

Sinistro: **3180262061**

Vítima: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**

Data do Acidente: **23/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180262061** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**

Nº Sinistro: **3180262061**

Vitima: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**

Data do Acidente: **23/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180262061**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262061 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA (TRAÇO) TEMPOROPARIETAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262061 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA TEMPOROPARIETAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Talita Fonseca Medeiros".