

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WTAM.20.00165860-3** em **23/06/2020 11:59:54**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Tamboril  
**Processo** : 0050168-41.2020.8.06.0170  
**Protocolo** : WTAM.20.00165860-3  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 23/06/2020 11:59:54

### 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\*** : 2728277\_CONTESTACAO\_02 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2728277\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-14.pdf  
**Documentação** : 2728277\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 15-19.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](#)

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TAMBORIL/CE

Processo: 00501684120208060170

**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 **ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**, 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 SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **07/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/02/2020**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

## **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

## **DO MÉRITO**

### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

### **DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas relatos totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência. Perceba ainda Exa., que há divergências na data do acidente informada na inicial e a contida no Boletim de ocorrência.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

## **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, CPC<sup>3</sup>.

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.

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

***“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

---

<sup>3</sup>“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)

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **07/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

---

<sup>4</sup>RECURSO 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 HOUE 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.

<sup>5</sup>**Súmula 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.”

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

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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### **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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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, ante a ausência de laudo pericial 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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

---

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que 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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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 exposto 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,

TAMBORIL, 15 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 gradação (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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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; **JOSELAINE 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 n.º 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 **ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TAMBORIL**, nos autos do Processo nº 00501684120208060170.

Rio de Janeiro, 15 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

---

**Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200112910**

**Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 07/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200112910**

**Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 07/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**

Em razão da falta de apresentação do(a) Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15654578



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112910

Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 00000739-0

Conta: 000005854-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	885.024.143-72	ANTONIO JESSIVAN DUQUE DE SOUZA
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
ANTONIO JESSIVAN DUQUE DE SOUZA	885.024.143-72	
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTOR	RUA LUIS CAMELO PAIVA	16
Bairro:	Cidade:	Estado:
SÃO PEDRO	TAMBORIL	PARÁ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63.750-000	(94) 30015-9444

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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

<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>BRADESCO (237)</u> AGÊNCIA: <u>739</u> <u>0</u> CONTA: <u>5854</u> <u>8</u> <small>(Informar o dígito se existir)</small>
--	--

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, Tamboril - PE, 04.03.2020.

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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 Nº 556 - 96 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2020 15:17:41**  
Data / Hora da Ocorrência: **07/01/2019 17:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**  
Nascimento: CPF: **885.024.143-72**  
RG: **2856318-94** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA**  
Endereço: **RUA LUIZ CAMELO PAIVA, 16**  
Bairro: **VL SÃO PEDRO**  
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: HX07350 Uf: CE Município: TAMBORIL Chassi: 9C2JC30101R042578 Renavam: 752072374 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS Ano Fabricação: 2000 Ano Modelo: 2001 Combustível: GASOLINA Cor: VERDE Proprietário: JOSE JULIO QUIRINO ARAUJO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

informou que estava na garupa da moto conduzida por seu primo numa estrada de carrossal quando um animal (porco) estava passando e o veículo o atropelou; QUE seu primo ADRIANO levou a vítima para o Hospital de Tamboril; QUE no hospital foi feito um Raio X onde foi constatado que a vítima havia rompido o tendão do braço direito. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

TESTEMUNHA JOSÉ ADRIANO SOUSA ARAUJO (CPF 885.902.083-20)

QUE é primo da vítima; QUE estava conduzindo o veículo no momento do acidente; QUE ambos estavam fazendo uma entrega quando perderam o controle da moto e caíram; QUE a vítima na queda fraturou o ombro; QUE um amigo da vítima de nome AGUACIANO a levou para o Hospital de Tamboril. E nada mais disse.

TESTEMUNHA VICENTE DE PAULO QUIRINO DE SOUZA (CPF 600.905.933-08)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 96 / 2020**

QUE é irmão da vítima; QUE estava trabalhando e recebeu um telefonema de um rapaz que estava no local do acidente informando que seu irmão havia se acidentado; QUE se dirigiu ao Hospital de Tamboril, onde a vítima recebeu socorro médico. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** Debora Mendes Amorim Dantas  
**DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Antonio Jussivan Araujo Souza

**VISTO DO DELEGADO(A) :** LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2

+ VICENTE DE PAULO QUIRINO DE SOUZA

+ José Adriano Sousa Araujo



# 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:
	885.024.143-72	ANTONIO JESSIVAN DUQUELO DE SOUZA
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
ANTONIO JESSIVAN DUQUELO DE SOUZA	885.024.143-72	
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTOR	RUA LUIS CAMELO PAIVA	16
Bairro:	Cidade:	Estado:
SÃO PEDRO	TAMBORIL	PARÁ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63.750-000	(94) 30015-9444

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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

<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>BRADESCO (237)</u> AGÊNCIA: <u>739</u> <u>0</u> CONTA: <u>5854</u> <u>8</u> <small>(Informar o dígito se existir)</small>
--	--

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, Tamboril - PE, 04.03.2020.

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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 ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

Nº: \_\_\_\_\_

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Horz 19:11 DATA: 07/10/19

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS: \_\_\_\_\_

NOME: AUTÔNIO JESUVALDO QUIRINO DE SOUZA IDADE: 43

Nº DO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1

C.N.: \_\_\_\_\_ Fis.: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/10/75

EST. CIVIL: SOLT SEXO: M TELEFONE: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

R. M. A. O: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: VILA SÃO PEDRO

FILIAÇÃO: AUTÔNIO PINTO DE SOUZA

MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA

## 2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente alcoolizado sofreu acidente de motocicleta

4. DIAGNÓSTICO: lesão de + edema no ombro (D)

5. CONDUTA: CO: R x do ombro (D)

## 6. EXAMES SOLICITADOS:

7. PA: 120/90 mmHg

8. TEMP.: \_\_\_\_\_

9. PESO: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Karen Gomes L. de S. Freitas  
Médica  
CRM 18445

1. De xametas na 1º exp. 14 } 20-15  
2. De xametas na 1º exp. 14 }

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 000000005854-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2105202005000000000023700739000000005854168750 PAGO





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Sela Única) Nº 032509298

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60126-040

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.548-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 12.430 de 26-06-2012

Esta é a sua conta de 11/2019

Nº DO CLIENTE  
8761373

VENCIMENTO  
10/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)  
80,12

DATA EMISSÃO  
11/11/2019

#### DADOS DO CLIENTE

Nome ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Endereço RU LUIS CAMELO PAIVA 00016 00016  
63750-000 TAMBORIL SAO PEDRO

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5086012-ELE-626 - TL006/U04

CPF / CNPJ

885.024.143-72

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9083.C8D9.1696.CFF2.D23A.9DE5.DF89.5D67

#### DATAS DE LEITURA

Anterior 09/10/2019 | Atual 11/11/2019 | Próx. Próx. Leitura 09/12/2019

#### DADOS DA MEDIÇÃO

Forma Tarifária	Consumo Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	5380,00	5045,00	335,00	0,00	0,00	0,00	1,00	335,00	335,00	0,2404	80,57

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CP - LUM.PUB.FRFP.MANC		0,96	0,96
Pagamento Duplicata/Nota Loc		3,38	3,38
Consumo sem Subvenção		25,90	25,90
Desconto Baixa Renda		25,90	-25,90
Consumo de 000 kWh até 500 kWh	30	5,17700	1,55
Consumo de 500 kWh até 100 kWh	70	0,20057	14,25
Consumo de 100 kWh até 220 kWh	31	0,45516	14,11
Adicional Band. Amarela	30	0,00332	0,99
Adicional Band. Vermelha	30	0,00407	1,22
Gratua. Contas Baixa Renda		0,00	0,00
Pis. Contas Baixa Renda		0,00	0,00
GOB. CENOTECOR 800 600 6531		38,88	38,88

#### CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



#### CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg CO <sub>2</sub>	Compensado kg CO <sub>2</sub>	Consistência Ecológica (R\$CO <sub>2</sub> )
0	0	0

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PIS/PASEP	68,56	0,0400	0,02
COFINS	68,56	0,3000	0,21
ICMS	0,00	0,00	0,00

#### ATENÇÃO

#### DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
09/2019	124,08
Total	124,08

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período Band. Tarif. Amarela: 10/10-31/10 Vermelha: 01/11-10/11 SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENC. NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR GOV BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSCORRIDO. SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENC. NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR GOV BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSCORRIDO.

83890000000-5 80120031010-0 00579792207-6 00008761373-5





## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

Nº: \_\_\_\_\_

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Horz 19:11 DATA: 07/10/19

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS: \_\_\_\_\_

NOME: AUTÔNIO JESUVALDO QUIRINO DE SOUZA IDADE: 43

Nº DO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1

C.N.: \_\_\_\_\_ Fis.: \_\_\_\_\_ LIVRO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/10/75

EST. CIVIL: SOLT SEXO: M TELEFONE: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

R. M. A. O: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: VILA SÃO PEDRO

FILIAÇÃO: AUTÔNIO PINTO DE SOUZA

MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA

## 2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente alcoolizado sofreu acidente de motocicleta

4. DIAGNÓSTICO: lesão de + edema no ombro (D)

5. CONDIÇÃO: CO: R x de ombro (D)

## 6. EXAMES SOLICITADOS:

7. PA: 120/90 mmHg

8. TEMP.: \_\_\_\_\_

9. PESO: \_\_\_\_\_

Dr. Karen Gomes L. de Freitas  
Médica  
CRM 18445

Assinatura do Médico

BOM DIA - BOM DIA - BOM DIA

1. De xametas de 1 cop. 14 } 20-15  
2. De xametas de 1 cop. 14 }

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da vítima

Nome Completo: ANTONIO DESSIVAN QUIRINO DE SOUZA  
CPF e/ou RG: 885.024.143-92

### Informações do Acidente

Data do acidente: 07/03/2019

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIR. COM RUPTURA DE  
LIGAMENTO PROXIMAL DO BÍCEPS / SUPRA ESPINHAL.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DE RUPTURA DE TENDÃO  
DO OMBRO DIR.

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

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LIMITAÇÃO MODERA-  
DA DA CIRCUNSCRIÇÃO DO OMBRO DIR. COM LIMITAÇÃO  
DA ROTAÇÃO EXTERNA E INTERNA E DIMINUIÇÃO DA  
FORÇA DO BRAÇO DIR.

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

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: OMBRO DIR.

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

2ª Lesão: \_\_\_\_\_

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

3ª Lesão: \_\_\_\_\_

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

4ª Lesão: \_\_\_\_\_

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

08.05.2020, CRATEUS-CC

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO

CREMEC 19150

Antonio Dessivan Quirino de Souza

assinatura da vítima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA  
NASC. 14.10.1975  
CARP. TANBORIL-CE.




CARTEIRA DE IDENTIDADE

2856318-94 27.07.94

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA  
ANTONIO PIETRO DE SOUZA  
MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA  
TANBORIL-CE.  
14.10.1975

GEN. NASC. Nº 1338 LIV. A. 32 FLS 214 V  
CARP. TANBORIL-CE.

SUS

Sistema Único de Saúde

Nome: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA  
Sexo: M  
Data Nasc.: 14/10/1975

0004  
202 1417 6752 1411 402



Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
885.024.143-72

Nome  
ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Nascimento  
14/10/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
E14C.DFDE.79F3.8555

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 14:41:12 do dia 25/05/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014732007623  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 752072374 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018  
PPT 01 752072374 000000000000

NOME  
JOSE JULIO QUIRINO ARAUJO  
TAMBORIL / CE

CPF / CNPJ 01333475837 PLACA HX07350/CE

PLACA ANT / UF 9C2JC30101R042578 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB 2000 ANO MOD 2001

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC / COTAS

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 ICF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 20/02/2019

OBSERVAÇÕES

TAMBORIL LOCAL DATA 20/02/2019

Superintendente Igor Pontes DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014732007623 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01333475837 HX07350/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014732007623 24221550413

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 28/02/2019

VIA 01 01333475837 PLACA HX07350

RENAVAM 752072374 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN K

ANO FAB 2000 CAT. USE. PART Nº CHASSI 9C2JC30101R042578

## PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 81.29 DENATRAM (R\$) 9.00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.70 TOTAL SERVIDO PELA SEGURADORA (R\$) 185.50

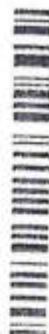
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 20/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E11042578

01397





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200112910 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO COM RUPTURA DE LIGAMENTO PROXIMAL DO BÍCEPS E SUPRA ESPINHAL ( PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PAG.01 RELATÓRIO MÉDICO DO DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO CRM 19150 DE 08/05/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200112910 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO COM RUPTURA DE LIGAMENTO PROXIMAL DO BÍCEPS ( PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PAG.01 RELATÓRIO MÉDICO DO DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO CRM 19150 DE 08/05/2020

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200112910 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE OMBRO DIREITO ( PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Documento/Motivo:** Documentação Médico Hospitalar

**Nome do documento faltante:** Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas.

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089441/20

**Vítima:** ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

**CPF:** 885.024.143-72

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 07/01/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO JESSIVAN  
QUIRINO DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA : 885.024.143-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020  
Nome: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA  
CPF: 885.024.143-72

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089441/20

**Número do Sinistro:** 3200112910

**Vítima:** ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

**CPF:** 885.024.143-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/01/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO JESSIVAN  
QUIRINO DE SOUZA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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