



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA


FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau


Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WTAM.20.00165860-3** 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 SÍNTSE 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**.

Cumpre 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 descharacteriza 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/2015¹, 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/2015².

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 pare 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.

¹[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.

²[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, CPC³.

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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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.

³“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 ressalvar 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 deve 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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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.

⁴RECURSO 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.

⁵Súmula 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;

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 citação⁶.

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 ação⁷

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 da 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.

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

⁷art. 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 horários 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 Excelênciassim 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,

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 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 **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

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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 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



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, 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



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	885.024.143-72	ANTONIO JESSIUN Alcino de SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Rua Luis Camelo Paiva	16	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
SÃO PEDRO	TAMBORIL	PEARA	63.750-000
E-mail:	Tel. (DDD): 131 90015-9444		

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

RENDIMENTO MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>Bradesco (237)</u>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <u>739</u>	AGÊNCIA: <u>739</u>
CONTA: <u>5854</u>	CONTA: <u>5854</u>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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: <u>Tamboril - PB, 04.03.2020.</u>
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO
XO. Antônio JESSIUN Alcino de SOUZA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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° 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)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL
Impresso nº 2020149420



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 Souza Dantas
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: -Antonio Jessilvan Aquino Sozal

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2

+ Vicente de Paula Quirino de Souza

+ José Adriano Sousa Araújo

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 JESSIUN Alcino de SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Rua Luis Camelo Paiva	16	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
SÃO PEDRO	TAMBORIL	PEARA	63.750-000
E-mail:	Tel. (DDD): 131 90015-9444		

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

RENDIMENTO MENSAL:
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>Bradesco (237)</u>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <u>739</u> <input type="checkbox"/> CONTA: <u>5854</u> <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <u>739</u> <input type="checkbox"/> CONTA: <u>5854</u> <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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: <u>Tamboril - PB, 04.03.2020.</u>
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
XO. Antônio Jessiun Alcino de Souza
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

HOR 19:11 DATA: 07/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: ANTONIO JESTIÃO VÍRGINIO DE SOUZA IDADE: 43Nº DO DOCUMENTO: ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/10/75EST. CIVIL: SOLTEIRO SEXO: M TELEFONE: ESCOLARIDADE: R. N.º: RACA/COR: ENDEREÇO: VILA SÃO PEDROFILIAÇÃO: ANTONIO PINTO DE SOUZAMARIA LURIA VÍRGINIO DE SOUZA

2. QUEIMA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente alcoolizado. Foi envolto em acidente de motocicleta4. DIAGNÓSTICO Plata da esquerda com quebra (D)5. CONDUTA: CD: Rx de ombro (D)

6. EXAMES SOLICITADOS:

7. PA: 120/90 mmhg8. TEMP.: 9. PESO:

z Karen Gomes L.M. Enfermeira
Médica CRM 16445

Assinatura do Médico

Digitado por: *[Signature]*

1. Dexametasona 1 ag. 1M { 20-15 ←

2. Deltamase 1 ag. 1M }

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: 00000005854-8

Nr. Autenticação

BRADESCO21052020050000000002370073900000005854168750 PAGO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | N° 032509298

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valentim, 150, Fortaleza CE | CEP 60135 040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
pela Lei nº 12.130/09 de 26 de abril de 2009.

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 RUA 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 - TL006U04

CPF / CNPJ

885.024.143-72

DATAS DE LEITURA

Anterior 1 Atual 09/10/2019 11/11/2019 Prox. Leitura

09/12/2019

DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto Tarifário	Consumo Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Médio (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Médio (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPP	330,00	304,00	131,00	0,00	0,00	0,00	1,00	131,00	131,00	0,31048	40,67

DESCRIPÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CP - ILUM PUB PREF MUNIC		0,00	0,00
Pagamento Duplicata/Não Lec.		0,00	0,00
Consumo sem Subvenção		25,90	25,90
Desconto Baixa Renda		25,90	25,90
Consumo de 000 kWh até 500 kWh	30	0,17790	5,33
Consumo de 500 kWh até 100 kWh	70	0,30557	21,35
Consumo de 100 kWh até 220 kWh	31	0,45116	14,11
Adicional Band. Antennas	30	0,00033	0,00
Adicional Band. Varnhaga	30	0,00467	1,00
Outras Cargas Br Renda		0,00	0,00
Pr. Carg. Br Renda		0,00	0,00
GDB CENTENICOR 800 800 6501		30,00	30,00

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Expirar
				Ativada

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões
pelo consumo de energia elétricaEmitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consolidação Emissões (tCO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

PARA MAIS INFORMAÇÕES: 100-3100 Vendas: 0800-111111 SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS OU LIGAR VERSO MAIS DE UMA PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, FALE 0800-303940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMADOR.COM.BR AS CONTAS SÃO DEVOLVIDAS REFERENTE A CONSULOGO DE PERÍODOS DIFERENTES. PODEMOS DESCONTAR O VALOR DO ITEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. REDEMAIS, PODEMOS DESCONTAR O VALOR DO ITEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. FALE 0800-303940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMADOR.COM.BR AS CONTAS SÃO DEVOLVIDAS REFERENTE A CONSULOGO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIMOS DESculpas PELO TRANSTORNO.

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



enel

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Año Valor R\$

09/2019 124,08

Total 124,08



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

HOR 19:11 DATA: 07/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: ANTONIO JESTIÃO VÍRGINIO DE SOUZA IDADE: 43Nº DO DOCUMENTO: ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1C.N.: Fis.: LIVRO: DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/10/75EST. CIVIL: SOLTEIRO SEXO: M TELEFONE: ESCOLARIDADE: R. N.º: RACA/COR: ENDEREÇO: VILA SÃO PEDROFILIAÇÃO: ANTONIO PINTO DE SOUZAMARIA LURIA VÍRGINIO DE SOUZA

2. QUEIMA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente alcoolizado. Foi envolto em acidente de motocicleta4. DIAGNÓSTICO Plata da esquerda com quebra (D)5. CONDUTA: CD: Rx de ombro (D)

6. EXAMES SOLICITADOS:

7. PA: 120/90 mmhg8. TEMP.: 9. PESO:

z Karen Gomes L.M. Enfermeira
Médica CRM 16445

Assinatura do Médico

Digitado por: *...*

1. Dexametasona 1 ag. 1M { 20-15 ←

2. Deltamase 1 ag. 1M }

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: 07/05/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIR. COM RUPTURA DO LIGAMENTO PROXIMAL DO BICEPS SUPRA ESPINHAL.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DE NUTURA DO 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:

CESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA? LIMITAÇÃO MOOCOMADA DA ELUCAÇÃO 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(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(s) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1^º Lesão: OMBRO DIR.

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

2^º Lesão:

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

3^º Lesão:

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

4^º Lesão:

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

08.05.2020, CRNEC-00

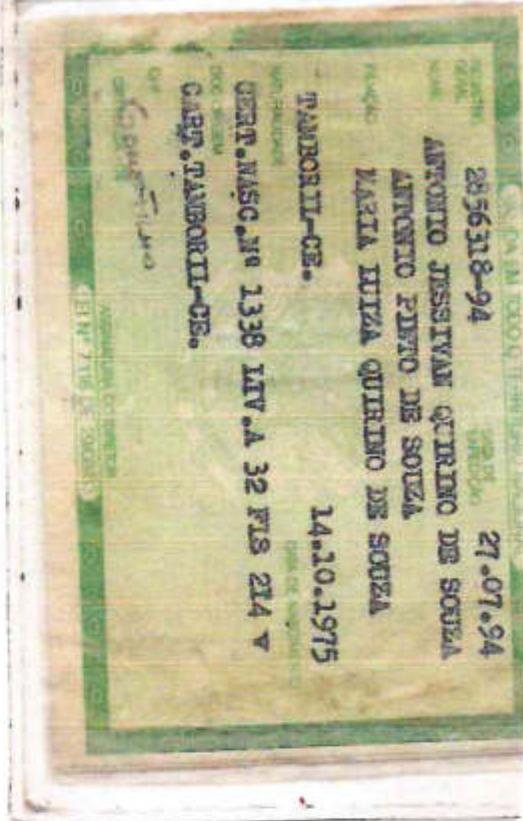
Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MEDICO

CREMEC 19150

Antonio Jussiva Quirino
assinatura da vítima



A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço 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



CÓDIGO DE CONTROLE
E14C.DFDE.79F3.8555

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
Nº de identificação
14/10/1975

Nome
ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Data Nasc.: 14/10/1975

Sexo: M



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAL CAUSADOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRRESTRE, OU POR SUA CARGA TRANSPORTADAS, QUANDO NÃO SEJA SEGURO DPVAT

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014732007623
VIA COD. RE NAVAM R.NTRC.

PPT 01 752072374 000000000 2018

EXERCÍCIO

NOME

JOSE JULIO QUIRINO ARAUJO

TAMBORIL

/CE

CPF / CNPJ

01333475837

PLACA

HX07350/CE

CHASSI

9C2JG30101RC42578

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLO / NAO APLIC.

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / CG 125 TITAN KS

ANO FAB

2000

ANO MOD

2001

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

VERDE

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC / COTAS

1*

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2*

A

3*

PREMIO TARIFARIO (R\$)

180,65

IOP (R\$)

0,70

PREMIO TOTAL (R\$)

185,50

DATA DE PAGAMENTO

20/02/2019

OBSERVAÇÕES

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

2018

DATA EMISSÃO

28/02/2019

PLACA

HX07350

PLACA

HX07350

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN / CNPJ

01333475837

PLACA

HX07350

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

01397

MOTOR: JC30 E11042578

DATA: 28/02/2019

LOCAL: TAMBORIL

Superintendente: Wagner Pontes

Supervisora: Cleman - CE

DETTRAN

CONTROLE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112910 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE **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

Valorização 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 Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas.
faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIBILIZOU ESTABELEcer A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINtES 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: RAIO 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, DESCREVENDO 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

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

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

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 médica-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 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.