



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 **WSOL.20.00167407-2** em **05/08/2020 11:54:22**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Solonópole
Processo : 0050451-70.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00167407-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 05/08/2020 11:54:22

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2732552_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2732552_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-20.pdf
Documentação : 2732552_CONTESTACAO_Anexo_02 - 21-28.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 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLÉ/CE

PROCESSO: 00504517020208060168

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 **CICERO ALVES BATISTA**, 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 **28/03/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/05/2017**.

Cumprе 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 LAUDO PARTICULAR PRODUZIDO PELA PARTE AUTORA

IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PARTICULAR EMITIDO

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

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

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

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;

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

DA 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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

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)

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.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo

certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, 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.

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.

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

⁵**art. 1º. (...)**

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

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,

SOLONOPOLE, 3 de julho 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 **CICERO ALVES BATISTA**, em curso perante a **21ª VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONOPOLE**, nos autos do Processo nº 00504517020208060168.

Rio de Janeiro, 3 de julho 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, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11358818

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170393174 ASL-0272400/17

Vítima: CICERO ALVES BATISTA

Data Acidente: 28/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11386122

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro: 3170393174 ASL-0272400/17
Vítima: CICERO ALVES BATISTA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11499451

A/C: CICERO ALVES BATISTA

Sinistro: 3170393174 ASL-0272400/17
Vítima: CICERO ALVES BATISTA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CICERO ALVES BATISTA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **000000029471-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO

Autorização de pagamento



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Elcio Alvim Batista
PORTADOR(A) DO RG Nº 04709957489 EXPEDIDO POR Orion - EE EM 19 / 12 / 13 E
CPF 003933383-07 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO eletricista
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elcio Alvim Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

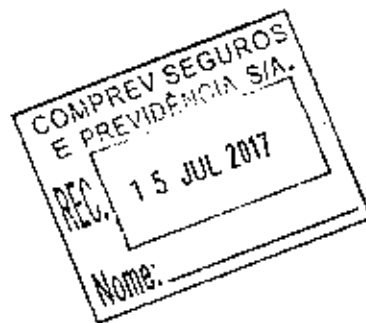
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 99.471-5

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

Orion - EE 06 de Julho de 2017 Elcio Alvim Batista
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 679 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/05/2017 16:45:49**
Data / Hora da Ocorrência: **28/03/2017 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO AREIAS**
Complemento:
Bairro:
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **AÇUDE DO PEDRO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CICERO ALVES BATISTA**
Nascimento: **26/01/1984** CPF: **001.913.383-97**
CNH: **04709957482** Órgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **FRANCISCA ALVES BATISTA**
EVARISTO BATISTA DE ARAUJO
Endereço: **RUA BENIGNO BESERRA, 924**
Bairro: **CENTRO**
Município: **MILHA/CE**
País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9720-6928**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXQ2763** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC30103R220249** Renavam: **803555679** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA IRONILDE MEDEIROS DE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

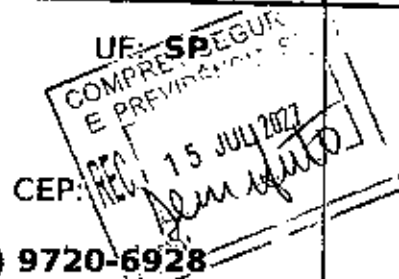
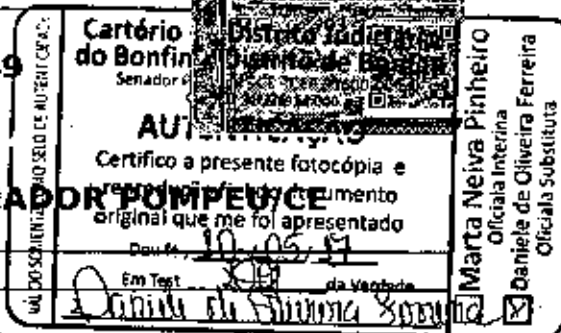
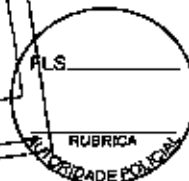
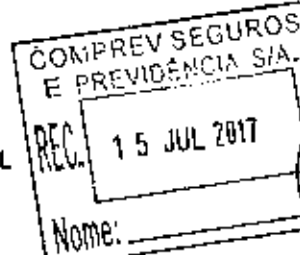
Histórico

O declarante disse que no local, data e hora acima mencionado estava sozinho trafegando na motocicleta da sua sogra de placa HXQ-2763, cor VERMELHA, ano e fabricação 2003, Chassi 9C2JC30103R220249, quando foi surpreendido com um pedregulho que estava na estrada fazendo a motocicleta derrapar e consequentemente vindo a cair; QUE ao cair no solo veio a lesionar sua clavícula esquerda; QUE uma pessoa que não sabe dizer quem é passou na hora do acidente e lhe socorreu ao hospital municipal João Leopoldo Pinheiro Landim; QUE não havia ingerido bebida alcoólica, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica; antes do acidente; QUE este B.O é para fins de seguro DPVAT; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente B.O, e foi informado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAFAEL BISPO COSTA - MAT.: 30092511



Boletim de Ocorrência

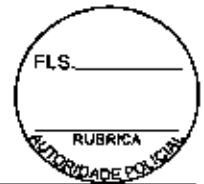


* C'ano

2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 679 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alcino Adilson Botelho

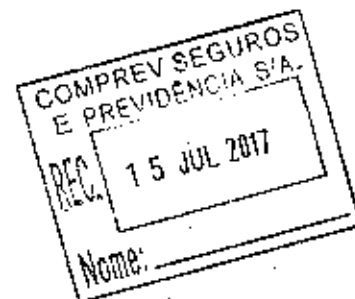
VISTO DO DELEGADO(A) : JOSE WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

Cartório do Bônus
Senador Pompeu - CE - 617-000
Celular 99926-5264

AUTENTICAÇÃO
Certifico a presente fotocópia e
reprodução fiel do documento
original que me foi apresentado
Data: 30-05-17
Em Test: 309 da Verdade

Marta Neiva Pinheiro
Oficial Interina
Daniele de Oliveira Ferreira
Oficial Substituto

VALDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICACAO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IN



Eu, Ricardo Alves Batista, portador da carteira de identidade nº 0470 995 7482 e inscrito no CPF/MF sob o nº 001.913.383-97, residente e domiciliado na Rua Benigno Brazema, 994, Cidade Milthã, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

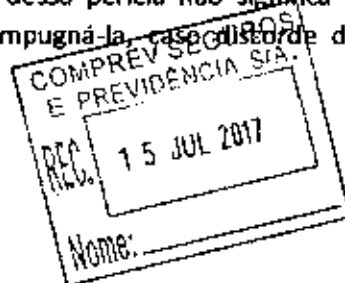
☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

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



Ricardo Alves Batista

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



MILHÃ-CE 06/07/2017

Local e data

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): CICERO ALVES BATISTA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benigno Bezerra, 924 - 924 - Milhã/CE -
CEP 63635-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 04709957482 - SSP -
01/01/9999

Data e Local do Exame : 09/08/2017 RUA DR. SOLON XIMENES DE
ARAGÃO, 295 - BOA VIAGEM/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico:

FX CLAVÍCULA ESQUERDA

Exame Físico:

DEFORMIDADE ESTRUTURAL ÓSSEA, BLOQUEIO ARTICULA E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, HIPOTROFIA MUSCULAR, ASSIMETRIA ESCAPULAR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [X] Sim [] Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? [X] Sim [] Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO OMBRO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 15 DIAS E TIPOIA POR 45 DIAS E FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA EM AGO/2017.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO OMBRO PELA DEFORMIDADE,
PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

OMBRO ESQUERDO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

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

APRESENTA MATERIAL DE SÍNTESE NO ÚMERO ESQUERDO EM VIRTUDE DE ACIDENTE ANTERIOR.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



Milhã
Uma Nova Vida Uma Nova Esperança

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

OCORRÊNCIA Nº

Nome do Paciente: Luís Alvaro Batista

Cartão do SUS: 29200341679 7120 DN: 26.02.84
RG: 3452406

Idade <u>33</u>	Cor	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Casado</u>	Naturalidade <u>Senador Pompeu</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
--------------------	-----	------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Endereço: R. Benigno Pereira

Unidade de Emergência: Quarto P. de Anúncio

Hospital J. L. P. Landim: Exatidão - Fortalecimento

CJ: REVISEI

15 JUL 2017

Amor

Atendimento: Milhã

☐ Acidente de Trabalho

Local

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

15 JUL 2017

Nome: Assistente

Atividade principal e Resumo da Doença Atual

Lesão ciática

unilateral, apresentando transtornos (Fru

surto) com oclusão do nervo, dor, espasmo

e transtornos de movimento

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

TEMPERATURA

180 x 140

TRATAMENTO:

21:30 140/80 mmHg

heptapril 254 - (SL) 19/25

Paracetamol + ASV (SL) 19/30

09:50 38°C

Dipirona + ASV (SL) 19/30

21/4

Capote 100 + ASV (SL) 19/30

Atividade física

DESTINO DADO AO PACIENTE

☐ Residência

☐ Internado

☐ Em Observação

☐ Transferido

☐ Encaminhado ao Ambulatório

☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade

☐ Óbito sem tratamento

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Comprovação de ato declaratório

Ass. do Médico

Ass. do Paciente ou Responsável

Dr. Renato Medeiros de Sá

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

3

Write 28/03/17
 as 17:15h, paciente de
 unidade de saúde hospitalar
 encaminhado para unidade de saúde
 (Hospitais) em condições
 graves com insuficiência renal
 grave.

La 21:50 h 38°C

CARTÃO ANTONIO MACEDO DE CARLOS Of de Notas e de Registros presente cópia com o original	
30 MAR 2017	V6 selic
Nome - Carlos em tratamento de verdade	
Viana - Gerente Geral	
Substituta de Ofício de Notas e de Registros me/Fax: (88) 3529 1460	

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 15 JUL 2017
 Nome:

15 JUL 2017
 João Paulo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO ALVES BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000029471-5

Nr. da Autenticação F574A087AFFC81CE



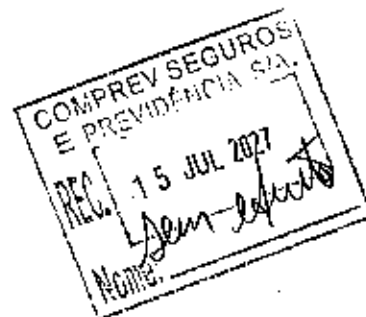
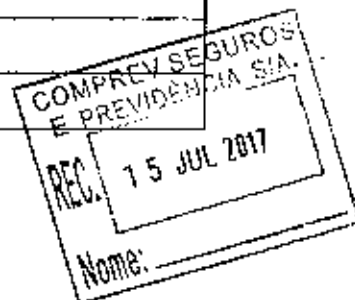
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Qicmo Alves BatistaRG nº 0470995482 data de expedição 19/12/13 Órgão DETRAN-CE

CPF nº 001.983.383-97 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Benigno Bezerra</u>
Número	<u>994</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>MILHÃ</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.635-000</u>
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989-0779</u>
E-mail	<u>(85) 98721-2741</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MILHÃ-CE 06/07/2017Assinatura do Declarante: Qicmo Alves Batista



CTCE FORTALEZA CE PL9
CICERO ALVES BATISTA
RUA BENIGNO BEZERRA 924
CENTRO
63635-000 MILHA CE



72 09036534 87001 00000170835 3 0 060417
Data da Postagem: 06/04/17 Vencimento: 15/04/2017

18 410

01/02

Data de Emissão		Vencimento	
05/04/2017		15/04/2017	
Saldo Anterior R\$		207,22	
(-) Créditos/Pagamentos R\$		207,22	
(+) Compras/Débitos R\$		207,97	
(-) Total do Fatura R\$		207,97	
Total a Pagar R\$		47,03	
207,97		47,03	
Parcela esta fatura		10 x R\$ 22,73	

Data prevista do fechamento da próxima fatura: 04/05/2017

Compras	R\$ 310,00
Seque	R\$ 62,00
Parcelado	R\$ 620,00
- Consulte limites disponíveis, condições de contratação e	
na Central de Atendimento	

	% do total	% do total	DET Anos (%)
Parcelamento de Oportun.	9,20%	190,37%	207,22%
Parcelado Caixa Econômica	1,90%	78,35%	65,22%
Parcelado Renda Mensal Certo	7,92%	151,52%	180,27%
Proteção	0,33%	103,22%	2,89,49%
Shogun/Classique [5]	16,56%	557,13%	626,59%

(1) Sobre o custo bruto de R\$ 9,26 por operação.
 Retirar 2,00% a m. Juros de R\$ 0,19 a pro rate
 e os custos de juros, p. operação de R\$ 13,99% a m. I.C.I.T. de R\$ 0,34% a m.
 e Serviço de Incidência do IOF Adicional (0,38%) e IOF Cédula (0,002%)

BAIXE A APP DO CARTÃO CASAS BAIXA
- CONSULTE: COMPRAS, FATURA, LIMITES
E MUITO MAIS!

TO DA VEZ QUE PRECISAR FINANCIAR O VALOR DA FATURA DO SEU CARTÃO DE CRÉDITO POR MAIS DE 30 DIAS, O BRADESCARD OFERECERÁ A VOCE UMA MELHOR OPÇÃO DE FINANCIAMENTO, COMO O PARCELADO FÁCIL.

00000170835 3 0 VOUCHER
0417 Vencimento: 15/04/2017

Parcela esta em dia

Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá acertar com as lojas e empresas apontadas nesta listagem, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Quando pelo pagamento do valor mínimo serão cobradas encargos contratuais de até R\$ 32,17 e o saldo final, que não poderá ser inferior a R\$ 10,00. O pagamento da taxa subsequente, será parcelado.

Descrição	Valor	Outro

Data		Credito	Debito
Historico de Lançamentos		5414.XXXXX.XXXX.8024	
CICERO A BATISTA			87,98
06/02/2017	LOJA DO MEU PARCELO 02		120,90
04/03/2017	SKY 540	207,22	
14/03/2017	PAGAMENTO BRADESCO		10,86
04/04/2017	ANUIDADE OFERT 8024		207,97
TOTAL GERAL DOS LANÇAMENTOS R\$			

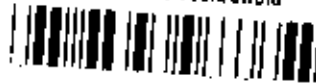
COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____

COMPRES SEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
REC. 15 JUL 2027
Nombre *[Signature]*

[illegible]

FINANCIAMENTO, CUMULO E PAGAMENTO		Código 1990 777 9933 (Documento de 2ª e 3ª via, para ser usado em caso de perda, consulte o Banco)	
Bradesco		237-2	23794.02510 94749.009935 28000.060005 6 00000000000000
Nome do Paciente/CNPJ/CNPJ-Endereço			
CICERO ALVES BATISTA - 001.813.383-97			
RUA BENIGNO BEZERRA 924 CENTRO			
63695-000 MILHA CE			
Beneficiário/Endereço		Valor do Documento	
Nº do Documento		15/04/2017	
47490000028-B		207,97	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CNPJ-Endereço			
Banco Bradesco S/A End: Cidade de Deus, s/n Prédio			
Cruz Vila Rica Osasco SP CEP 06029-900 / CNPJ: 60.746.948/0001-12			
Assinatura do Beneficiário		Assinatura Médica	
4025.010000000-B			

Comprovante de residência



1ª e 2ª segunda via de

JUN/2017

Lize o nº abaixo sempre
e entrar em contato conosco

DO CLIENTE

4664469

CV 5

ENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 30 014062 12 000000
Nome JORD PAULO PINHEIRO
Endereço Postal

Medidor

375765

Poste

0000 0

End. da Unidade Consumidora ST ALTO VERDE MILHA 63635000

RG / CPF / CNPJ 875.474.573-04

CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

RESERVAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

4632

4696

1

136

0

136

Quantidade Data Valor (R\$)

DATA DE EMISSÃO

Data de Emissão
ApresentaçãoPrev. Próxima
Lectura

14/07/2017

14/07/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0046.5290.745A.12ED.F068.FEL2.0AA7.896B

Base do Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPROVANTE DO VALOR DE CONSUMO

UTROS PAGAMENTOS

R\$ SALDO FUTURA ANTERIOR

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
REC. 15 JUL 2017
Nome:

RESERVAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO DO CONSUMO

Imposto suscitado pela utilização de energia elétrica

Total kg (CO₂)Comprometido kg (CO₂)Consciência Ecológica % CO₂0,00% (0,00 kg CO₂ / 100 kg CO₂)

FOMECOS IMPORTANTES E AVISOS DE RESERVAÇÃO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

CM: 6,44

Conjunta SENADOR POMPEU

Mês

ABR/ 2017

Padrão Individual Apuração Individual

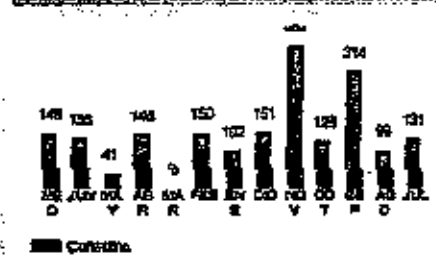
Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual

DIC (h) 10,58 21,17 42,34 6,60 0,00 0,00

FIC (un) 7,67 15,34 30,68 2,00 0,00 0,00

DMTC (h) 5,68 3,60

HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses



autenticação mecânica cliente

do Cliente:

4664469-5

Nº da Nota Fiscal: 481156446

Total a Pagar (R\$):

65,68

de Emissão:

21/06/2017

Referência: JUN/2017

Nº de Controle:

0004664469 00067 4372 225

83820000000-2 65680031000-8 00046644690-0 00674372225-9



COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: *João Paulo*

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu JOÃO PAULO PINHEIRO, portador(a) da CNH nº 00758673502, expedido por DETRAN/CE, em 28/05/2012, CPF/CNPJ nº 875.474.573-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

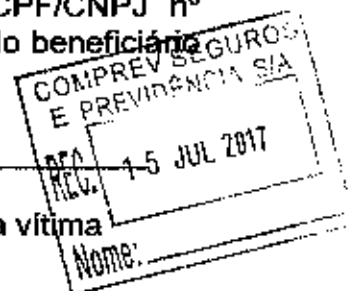
Picmo Alves Batista

do sinistro de DPVAT da natureza

Intelectual

da vítima

Picmo Alves Batista



e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

João Paulo Pinheiro

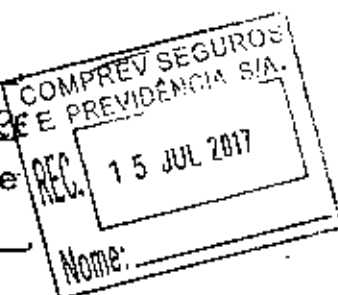
ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Maria Tronide Medeiros de Lima
 RG nº 2007355630-8, data de expedição 08/07/08, Órgão SEPNs-CE
 portador do CPF nº 731.930.943-91, com domicílio na cidade de
Senador Pompeu no Estado de Pernambuco
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Capinhos
 nº SIN, complemento Zona Rural
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Osiris
Alves Batista, cujo o condutor no momento do
 acidente era Osiris Alves Batista

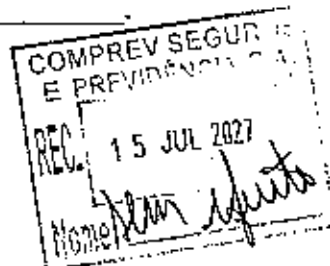


Veículo: motocicleta
 Modelo: Blonda/EG 195 Titan KS
 Ano: 2003/2003
 Placa: HX6 8763
 Chassi: 9E23E30103R 820249
 Data do Acidente: 08/03/17

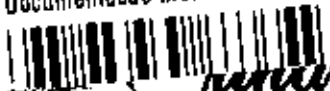
VÁLIDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICIDADE	Cartão de Registro de Propriedade	Reconheço a(s) assinatura(s) do(a) <u>Maria Tronide Medeiros de Lima</u>
	do(a) <u>Proprietário</u>	Reconheço a(s) assinatura(s) do(a) <u>Osiris Alves Batista</u>
	do(a) <u>Condutor</u>	Reconheço a(s) assinatura(s) do(a) <u>Osiris Alves Batista</u>
	do(a) <u>Testemunha</u>	Reconheço a(s) assinatura(s) do(a) <u>Osiris Alves Batista</u>
☒ Por autenticação em Teste ☐ Por Semelhança, Dou fé da Verdade		Marta Neiva Pinheiro Oficial Interina Daniele de Oliveira Ferreira Oficial Substituta

Local e Data: Senador Pompeu - CE. 06/07/17

Maria Tronide Medeiros de Lima
 (Assinatura do Declarante)



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: <u>Cláudio Alves Batista</u>					OCORRÊNCIA Nº	
Cartão do SUS: <u>29900341622 7120</u> Dt: <u>26.03.24</u>						
RG: <u>3452406</u>						
Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	
<u>33</u>		<u>M.</u>	<u>casado</u>	<u>Senador Pompeu</u>	<u>Agricultor</u>	
Endereço: <u>R. Domingos Benício</u>					Telefone:	
Unidade de Emergência		Pai: <u>Eugenio P. de Almeida</u>		COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA REC. 15 JUL 2017		
Hospital J. L. P. Landim		Mãe: <u>Francineide de Brito</u>				
O paciente chegou ao hospital					Atendimento	
TÓRIO ANTONIO MACEDO DE CAMPOS Of. de Notas e de Registro presente cópia conforme com o original 30 MAR 2017 Celso Pereira Substituto de Ofício da Notas e de Registros Inscrição: (88) 3529 1450					Nome: <u>Cláudio</u> Data: <u>22.03.17</u> Hora: <u>19:15hs</u> Local: <u>Senador Pompeu</u> 15 JUL 2017	
Validação: <u>Ma. Chacal</u> Titular: <u>Ma. Chacal</u>					Acidente de Trabalho 15 JUL 2017	
Queixa principal e Resumo da Doença Atual <u>Lesão citim e Acidente de</u> <u>um, apresentando traumatismo (Fr</u> <u>trauma) com fratura do braço, diáfise, esquerda</u> <u>traumatismo</u>						
DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	Fratura Clavícula Esquerda			
<u>120 x 40</u>						
TRATAMENTO:						
<u>21:30 140/80mmHg</u>			<u>heptapril 25 + (SL) 19:45</u>			
<u>21:30 140/80mmHg</u>			<u>Furosemida + AS1 (EN) 19:45</u>			
<u>21:30 140/80mmHg</u>			<u>Dipirona + AS1 (EN) 19:30</u>			
<u>21:30 140/80mmHg</u>			<u>21:4</u>			
<u>21:30 140/80mmHg</u>			<u>Calafol 100 + AS1 (EN) 19:30</u>			
<u>21:30 140/80mmHg</u>			<u>Letimol 100 + AS1 (EN) 19:30</u>			
DESTINO DADO AO PACIENTE			Exames Complementares			
☐ Residência	☐ Internado	<u>Thymus 600 - 01/4/2017 (22)</u>				
☐ Em Observação	☐ Transferido	Diagnóstico Definitivo				
☐ Encaminhado ao Ambulatório						
☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade						
☐ Óbito sem tratamento						
Ass. do Médico			Ass. do Paciente ou Responsável			
			<u>Emilio Medeiros de Almeida</u>			

data 28/03/17

às 19:15h, paciente deu entrada na unidade hospitalar vítima de acidente de moto, apresentando traumas (fratura?) no ~~ombro~~ ombro e perna esquerda, ~~em~~ com hipertensão, medicado com ipm.

às 21:50 h 38°C

Vale selo	Cartório	CARTÓRIO ANTONIO MACEDO DE CAMPOS
	de	Of. de Notas e de Registros
	presente	presente cópia confere com o original
	30 MAR 2017	
	Muni - Coor	
	Em testemunho	da verdade
	<i>Ma. S. S. S.</i>	
	Substituta de Ofício de	
	Notas e de Registros	
	fone/fax: (88) 3529 1450	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	REC.	15 JUL 2017	Nome:

REFERTURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a) Clélio Alves Batista

recebeu atendimento médico em

29.03.2017 com diagnóstico de fractura de clavícula e

o (a) mesmo (a) está necessitando de 90 (noventa) dias de licença do

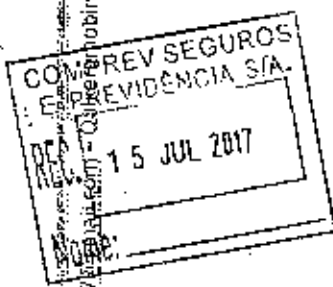
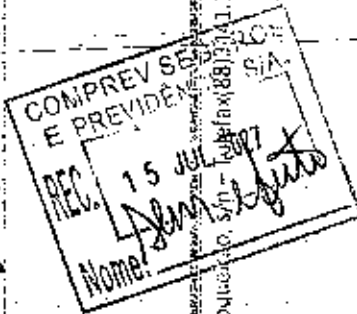
trabalho, a partir da data do atendimento.

cid. S42.0

29/03/2017

Dr. Guilherme Neto
Ortopedista

MÉDICO - CRM



Alto do Mourão, s/n - Quixeramobim - CE. CEP: 62.113-53 - 3441.4009 - E-mail: hrmm2017@comprevseguros.com.br

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

NOME: CÍCERO ALVES BATISTA

DOC. IDENTIDADE / OUT. ESPECIAL / UF: 3452406 80V/CE

CPF: 001.913.383-97 DATA NASCIMENTO: 26/01/1994

RELACAO: EVARISTO BATISTA DE AR. RUJO FRANCISCA ALVES BATIST A

PROFISSAO: ACC CAT. HAB: AD

1ª REGISTRO: 04709957482 VALIDADE: 16/10/2018 2ª REGISTRO: 28/07/2009

832392716

EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

SÃO PAULO - 0878

Local: SÃO PAULO, SP DATA EMISSAO: 19/12/2013

21630020082 SP606768564

DETRAN-SP (SÃO PAULO)

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: *Perceira*



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **001.913.383-97**

Nome da Pessoa Física: **CICERO ALVES BATISTA**

Data de Nascimento: **26/01/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/10/2001**

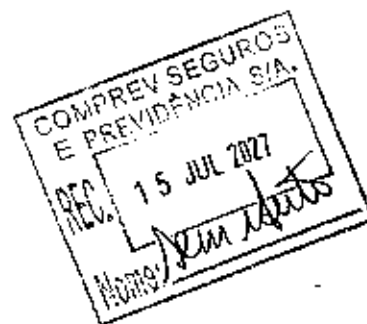
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:38:39** do dia **12/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6BAD.BABA.C586.C4A6**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Nome: JOAO PAULO PINHEIRO

DOC IDENTIFIC. / OUT. EMISSÃO DE: 335665890 SSVD. CR

CR: 875.474.573-04 DATA NASCIMENTO: 21/09/1980

FUNÇÃO: MANUEL PINHEIRO DE MELO NETO
MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO

PRESENCIA: ☒ NÃO: ☐ CH. M: ☒ 2D

Nº IDENTIFIC. 00750673502 VALIDADE 01/12/2021 EXPIRAÇÃO 04/08/1999

SEM OBSERVAÇÃO:

JOAO PAULO PINHEIRO

LOCAL: IGUAZU, CE DATA: 09/12/2016

65656925402
CE156817608

1406950930

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome: *Manuel*

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC. 15 JUL 2017
Nome:

DUT



GUROS
DA SIA
REC. 15 JUL 2017
Nome: *[Signature]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012459456150
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00803555679 00000000000 2016

NOME
MARIA IRÔNILDE MEDEIROS DE LIMA

SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ 73193224391 PLACA HXQ2763/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2JC30103R220249

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

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

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	*****	**/**/**	1*****
	Faixa I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
	*****	*****	3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04 IOF (R\$) 1,11 PRÊMIO TOTAL (R\$) 130,15 DATA DE PAGAMENTO 06/05/2016

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU DATA 06/05/2016

[Signature]
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012459456150 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/05/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 73193224391 PLACA HXQ2763

RENAVAM 00803555679 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN K

ANO FAB. 2003 DATA 09 Nº CHASSI 9C2JC30103R220249

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇO (R\$) (CUSTO DO SEGURO + IOF)
4,15	1,11	292,01

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 05/05/2016

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTGR: JC30E13220249 0348B



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170393174

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO ALVES BATISTA

Data do acidente: 28/03/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Descrição do exame médico pericial: Deformidade óssea, bloqueio articular, lesão tendinosa e hipotrofia muscular acarretando perda parcial da amplitude de movimento do ombro direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do segmento afetado, complementado com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 75% do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/08/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

COMPRES SEGURO
E PREVIDENTE
REC. 15 JUL 2017
Nome: _____

Nome: Piceno Alves Batista
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 34592406 CPF: 001.913.383-97
 Endereço: Rua Benigno Bezerra, 994
 Bairro: Centro
 Cidade: Alfama CEP: 63.635-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. *Edino Alves Batista.*

Judiciário do Bonfim

Reconheço a(s) firma(s) de: Ricardo

(Valor autenticidade) Por Semelhança. Doo fe.
Em test. da Verdade
Bonfim S. Pampay

Oficial Substituto ☒ **Danielle de Oliveira Ferreira**

Oficial Intermittente ☐ **Marta Neiva Pinheiro**

Valido somente com o selo de Autenticidade

San. Román de 33 de Mayo

de 2091

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

de 2017

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

REC. 15 JUL 2017

Nome: *Samuel*