



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

Identificar-se

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau >

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 **WBAR.20.00169002-7** em **10/07/2020 11:49:54**.
- 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 : Barbalha
Processo : 0050283-55.2020.8.06.0043
Protocolo : WBAR.20.00169002-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 10/07/2020 11:49:54

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* : 2734603_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2734603_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-9.pdf
Documentação : 2734603_CONTESTACAO_Anexo_02 - 10-20.pdf
Documentação : 2734603_CONTESTACAO_Anexo_02 - 21-28.pdf
Documentação : 2734603_CONTESTACAO_Anexo_02 - 29-34.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 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE

PROCESSO: 00502835520208060043

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 **PAULO SOARES DA COSTA**, 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 **23/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **10/07/2019**.

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 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, 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

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.

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;

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)

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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/03/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**.

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.

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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.

- 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,

BARBALHA, 10 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; **JOSELAINÉ 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 **PAULO SOARES DA COSTA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BARBALHA**, nos autos do Processo nº 00502835520208060043.

Rio de Janeiro, 10 de julho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
ARTESIA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

DOC. IDENTIFIC. / DATA PREST. DE
2001016014110 SEP

CE

CPF
010.969.643-33

DATA NASCIMENTO
28/07/1984

FUNCAO
DOMINGOS ANDRE DA SILVA

CLASSE
CICERO MARIA DOS SANTOS SILVA

RG
0468272697

VALIDADE
21/10/2019

ACC
☐

CAIXA
☒

VALIDADE
11/02/2010

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO;

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSAO
23/10/2014

CPF
39016488266

CE
CE144330008

ASSINATURA
[Signature]

VALIDADE
11/02/2010

RECEBEMOS
25 JUL 2019

Marta Gerardo F. Nova
Controladora de Serviços Exts
CNPJ 21.887.708/0001

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Aparecida da Silva Santos

RG nº 1712422-89, data de expedição 29/06/89

Órgão: SSP/CE, portador do CPF nº 904.754.703-97

com domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de

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

Rua S^{ta} Helena B. Parque Barbandeira, nº 251

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

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

Paulo Soares da Costa, cujo o condutor era

Paulo Soares da Costa

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda NXR150 Bros KS Ano: 2007

Placa: HYPJ325 Chassi: 9C2KD03207R018027

Data do Acidente: 23/03/19

Local e Data: Barbalha-CE, 10.07.19

Maria Aparecida da Silva Santos

Assinatura do Declarante

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



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Genineide F. Nobre
Controladora de Sinistros Exat
CHUJ21.447.7.00001-06

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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CIGERO DANIEL DOS SANTOS DOS SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969.643/33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO SOARES DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633/91,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULO SOARES DA COSTA,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: AL.E.T Renda: 2.193,7 e apresento os documentos comprobatórios:

RECIBO DE PAGAMENTO

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

| | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>SITIO LAMBEDEO</u> | Número: <u>1505</u> | Complemento: |
| Bairro: <u>ZONARURAL</u> | Cidade: <u>BARBALHA</u> | Estado: <u>CEARA</u> |
| E-mail: | CEP: <u>63180-000</u> | Tel.(DDD): <u>88-97021593</u> |

Local e Data: BARBALHA-CE. 10. 07. 2019

Cigero Daniel dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS
25 JUL 2019
Marta Gacimilda F. Nogueira
Coordenadora de Seguros E
CNPJ 121.497.710/0001-00

Recebido F. Adore
- 18 Salvo Erel
07/03/2019

7 de JUL 2019
ECEBEMOS

| | | |
|------------|--|------------------------|
| EMPREGADOR | Demonstrativo de Pagamento de Salário | |
| Nome | CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA | Referente ao Mês e Ano |
| Endereço | SITIO LAMBEDOR Nº 1505 - ZONA RURAL - BARBALHA - CEARÁ | março-19 |
| CNPJ | 21.445.032/0001-70 | |

| | | | |
|--------|--------------------------------|-----|---------------|
| CODIGO | NOME DO FUNCIONARIO | CBO | FUNÇÃO |
| 25 | CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA | | ADMINISTRADOR |

| Cód. | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | |
|--------------|-----------------|----------------|-----------------------|---------------------|------------|
| 001 | SALARIO BASE | 220:00 | 3.200,00 | | |
| 973 | INSS | 11,00 | | 352,00 | |
| 987 | IRRF S. SALÁRIO | 7,50 | 0,00 | 54,83 | |
| MENSAGENS | | | Total dos Vencimentos | Total dos Descontos | |
| | | | 3.200,00 | 406,83 | |
| | | | Líquido a Receber -> | 2.793,17 | |
| Salário Base | Base Calc. INSS | Base Calc FGTS | FGTS do Mês | Base Calc IRRF | Faixa IRRF |
| 3.200,00 | 3.200,00 | 0,00 | 0,00 | 2.848,00 | 0 |

2ª VIA - EMPREGADO

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

DATA: 08/03/2019

ASSINATURA: Cicero Daniel dos Santos Silva

8412300

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60735-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042281/0001-70 | CDF 08.106.848-3

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

577702044

Rota 06 13010 01 601800 - 1

Data de Emissão 11/06/2019

Nome PAULO SOARES DA COSTA

End. Postal RU STA HELENA 00251

PARQUE BULANDEIRA - BARBALHA - 63180000

Medidor 9181009

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 621508633-91

CGF

Nome do Responsável

DATAS

| Mês da Referência | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Jun/2019 | 11/06/2019 | 13/07/2019 |

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

| Conjunta | Mês | DISC | DISC1 |
|----------|----------|-------|-------|
| Jun/2019 | Jun/2019 | 28,72 | 0,00 |

ICMS

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| 96,55 | 27,00% | 26,06 |

| Padrão Individual | Apuração Individual | | |
|-------------------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual |
| DISC | 5,07 | 15,15 | 28,32 |
| FIC | 3,17 | 6,35 | 12,70 |
| DMIC | 2,55 | | 2,00 |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4005.2710.0000.0149.1405.2844.1300.0552

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Ret. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 22389 | 22264 | 1,00 | 125 | 0,00 | 125 | 9,77248 | 96,55 |
| 11/06/19 | 10/05/19 | | 32 DIAS | | 125 | | 96,55 |

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 05/2019
CORRECAO MONETARIA DO MES
JUROS DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

96,55
1,97
0,83
0,98
11,74



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido em Notas. Doula, Barbalha/CE

03 JUL 2019

Barcelino Manoel Torres - Titular
Ayla Maria de Sá Barros Torres - Substituto
Miyone de Sá Barros Torres Lavor - Escrevente
Francisco Silvestre de Lavor - Escrevente

VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

VENCIMENTO 18/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 112,07

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

| | |
|--------------------|--------------|
| Energia | 37,24 |
| Transmissão | 2,06 |
| Distribuição | 21,06 |
| Encargos Setoriais | 4,56 |
| TOTAL | 64,92 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 139 | 125 | 130 | 120 | 127 | 122 | 121 | 176 | 165 | 157 | 173 | 134 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

RECEBEMOS

25 JUL 2019
Maria Gacindaide F. Nogueira
Corredora de Serviços
CPF: 21.487.744-01

enei

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B.4 | N° 573653960

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 160 - CEP 60.205-040 - Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | Cof. de 100 Btus

A Tarifa Social de Energia Elétrica

Fora de validade em 10/06/2019

25 de abril de 2019

DADOS DO CLIENTE

Rota 28 013014 01 0119700

Medidor

Poste

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

12163791

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2767309

0

VENCIMENTO

12/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

156,23

End. da Unidade Consumidora ST LAMBEDOR 01505 CABECEIRAS BARBALHA 63180000

RG / CPF / CNPJ 010.969.643-33

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

20959

20772

1

187

0

187

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

187

0,40527

75,78

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

13/05/2019

12/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

AEB7.1BC3.72EF.3408.6380.681F.F7F2.A693

ICMS

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

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,48

MULTA MORATORIA

1,11

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

16,70

PLANO ODONTO SYSTEM

62,16

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,78)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 40,21
TRANSMISSÃO 3,19
DISTRIBUIÇÃO 23,63
ENCARGOS SETORIAIS 5,36
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 3,39

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vejá a legenda no verso desta conta. CM: 39,71

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês MAR/ 2019

| DIC (h) | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC (h) | 10,15 | 20,30 | 40,61 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC (un) | 7,37 | 14,74 | 29,49 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 5,38 | | | 0,00 | | |

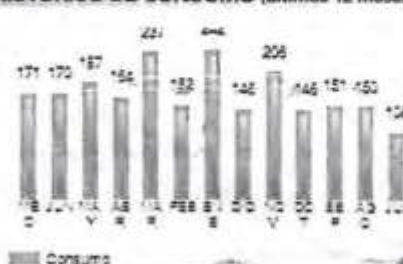
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Compensação Ecológica (kg CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



RECEBEMOS
25 JUL 2019


Maria Gacinda F. Albuquerque
Corredora de Serviços
CNPJ 21.447.744/0001-11



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. **PAULO SOARES DA COSTA**, portador do RG n.º 98029089825, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 621.508.633-91, no dia 23/03/2019, às 19h57, Município de Barbalha-CE, na Avenida Leão Sampaio, próximo ao Espaço Luz, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicletas, sendo removido para o HRC – Hospital Regional do Cariri. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Lóiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 03 de junho de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Marco Antonio Bezerra Rulim
Diretor Regional de Atm.
192 Base Operativa do Norte

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacimilde F. Nobre
Coordenadora de Serviços Exec.
CPF: 21.487.744.001-06

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: PAULO SOARES DA COSTA

Pront.: 172584 Data Nasc.: 24/03/1978 Idade: 40 ano(s) 11 mes(es) e 30 dia(s) Admissão: 23/03/2019 20:34

Mãe: JOVITA JOSEFA DA COSTA

Sexo: Masculino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63180-000

Bairro: BULANDEIRA

Tel.: 88 99268-5954

Endereço: RUA SANTA HELENA

Num: 1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: ANTONIA RAFAELA PEQUENO DA ROCHA

Horário: 23/03/2019 20:36

Queixa:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO LESÃO EM COURO CABELUDO.

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua:

Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM: 6

Nº: 477378

Horário 23/03/2019 21:45

Acidente: Não

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Exo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE, NEGA PERDA TEMPORARIA DA CONSCIÊNCIA E VOMITOS. APRESENTA FERIMENTO COROTO-CONTUSO EM PÉ DIREITO.

AO EXAME:

A. VIAS AÉREAS PERVIAS

B. BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR

C. HEMODINAMICA MANTIDA SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO

D. GLASGOW 15. PIFR. SEM SINAIS FOCAIS

E. FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO PE. ABDOME INOCENTE.



Dr. Jacquelyn L
CRM-11110
Médica/Cirurgia - G

CEBEMOS

10/03/2019

EXAME

| Nome | Data Solicitação | Urgente | Situação |
|-------------------------------|------------------|---------|----------|
| RX PE D AP/OBLIQ (0204060150) | 23/03/2019 21:47 | Sim | Pendente |

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM

17609

23/03/19 21:47

| Prescrição | Horário: |
|------------|----------|
|------------|----------|



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019464195



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1696 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2019 09:01:42**
Data / Hora da Ocorrência: **23/03/2019 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **ESPAÇO LUIZ**

Noticiante(s)

Nome: **PAULO SOARES DA COSTA**
Nascimento: **24/03/1978** CPF: **621.508.633-91**
CNH: **05724480842** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **JUVITA JOSEFA DA COSTA**
FRANCISCO SOARES DA COSTA
Endereço: **AVENIDA PROJETADA F, 251**
Bairro: **PARQUE BULANDEIRA** CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99484-6996**

RECEBEMOS

25 JUL 2019

UF: **CE**
Município: **Barbalha**
Nome: **Maria Genilde F. Nobre**
Cargo: **Controladora de Serviços Externos**
CPF: **21.487.710-01**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYP1325** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C2KD03207R018027 Renavam: **939179539** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano
Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

afirma o noticiante, advertido nas penalidades descritas nos art. 340 e 342, ambos do CP, que sofreu um acidente de trânsito na Avenida Leão Sampaio, próximo ao espaço Luz, no município de Barbalha; que estava pilotando a motocicleta HONDA/NXR150 BROS KS, ANO 2007, COR VERMELHA, DE PLACA HYP-1325/Ce, Renavam 939179539, em nome de Maria Aparecida da Silva Santos, na via pública e ao efetuar a manobra para entrar na Rua que fica ao lado da pousada leão outra motocicleta, BROS, que vinha na Rua colidiu com seu veículo ocasionando o acidente de trânsito; Que desmaiou no local vindo a acordar no Hospital Regional do Cariri de Juazeiro do Norte; que não sabe dizer nada sobre o outro motociclista, pois o noticiante desmaiou na hora do acidente; que o SAMU foi chamado e compareceu no local; que em razão do acidente sofreu lesão na clavícula e quebrou dois dedos do pé direito; Que registra o presente Bo para fins de seguro DPVAT; Que foi expedido guia de exame de corpo de delito e nada mais.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Consolidado em: 10/07/2019 09:05:35

Pág. 1 de 2

Impresso em: 10/07/2019 09:05:35

x Paulo Soares da Costa



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019464195



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1696 / 2019

FRANCISCO SILVANO REINALDO FILHO - MAT.: 300601-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Santos da Costa.

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Isisra Genesio F. Nobre
Coordenadora de Segurança Exter
CEP: 21.457.718/2019-05

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

621-508633-91

PAULO SOARES DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

PAULO SOARES DA COSTA

SERVENTE

RUA SANTA HELENA

251

PR-BULANDEIRA

BARBALHA

CEARA

63180-000

88.99246-5102

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1957

CONTA: 000.386.33

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa nem concordância com a natureza da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BARBALHA - CE 16-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

621.508633.91

PAULO SOARES DA COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

PAULO SOARES DA COSTA

SERVEUTE

RUA SANTA HELENA

251

PR-BULANDEIRA

BARBALHA

CEARA

63180.000

88.99246-5102

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1957

CONTA: 000.386.33

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa nem concordância com a natureza da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BARBALHA - CE 16-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190446628

Vítima: PAULO SOARES DA COSTA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SOARES DA COSTA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: PAULO SOARES DA COSTA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 1957

Conta: 0000038833-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190446628

Vítima: PAULO SOARES DA COSTA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SOARES DA COSTA

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

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: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SOARES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01957

CONTA: 000000038833-3

Nr. da Autenticação 99B8008821B98009

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0252240/19

Vítima: PAULO SOARES DA COSTA

CPF: 621.508.633-91

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 23/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SOARES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

PAULO SOARES DA COSTA : 621.508.633-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/07/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PAULO SOARES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Servente, portador(a) do RG 9802909825 órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 621.508.633-91, residente no(a) RUA STA HELENA
nº 251, bairro: POBULANDEIRA, município: BARBALHA I. CE

OUTORGADO:

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: M.E.T, portador(a) do RG 2001016014116 órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 010969643-33, residente no(a) SITIO LAMBEDOR
nº 1505, bairro: ZONA RURAL, município: BARBALHA I. CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima PAULO SOARES DA COSTA
CPF 621.508.633-91 data do acidente: 23.03.2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: BARBALHA-CE 30.07.19

Paulo Soares da Costa

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



| | |
|--|--|
| 02 CARTÓRIO 1º OFÍCIO Barbalha - CE | Reconheço a(s) Firma(s) de <u>PAULO SOARES DA COSTA, POR QUANTIDADE 14</u> |
| | 10 JUL. 2019 |
| <small>() Bel. Marcelina Maeli Torres - Tabelião () Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituta () Mayara de S. B. Torres Lavor - Escrevente () Francisco Salivano de Lavor - Escrevente</small> | |

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ I. _____

| |
|----------------------------------|
| Nome: _____ CPF: _____ |
| Assinatura de quem assina A ROGO |

| | |
|---|---|
| TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura | RECEBEMOS 7 de JUL 2019 Assinatura Maria Carolina F. Nobre -segura de Seguros Erel 21.07.2019 |
| TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura | |

Luciano Manuel Torres - Titular
 Maria de G. Santos Torres - Secretária
 Ju de G. Santos Torres Lavor - Escrivão
 Elcio Salgado de Lavor - Escrivão
 ROMANTE COMPLETO LE AUTENTICIDADE

3 04533

Martha Gesineide F. Abbe
Geführte der Singers Eve
J. 21. 27. 7. 18. 1. 18.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190446628 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SOARES DA COSTA **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO E OSTEOSÍNTESE COM FIO K. P3 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DO PÉ 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 DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: PAULO SOARES DA COSTA

Pront.: 172584 Data Nasc.: 24/03/1978 Idade: 40 ano(s) 11 mes(es) e 30 dia(s) Admissão: 23/03/2019 20:34

Mãe: JOVITA JOSEFA DA COSTA

Sexo: Masculino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63180-000

Bairro: BULANDEIRA

Tel.: 88 99268-5954

Endereço: RUA SANTA HELENA

Num: 1

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM

17609

23/03/19 21:47

Prescrição

Horário:

DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA

CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Mariza Gacineide F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especiais
CNPJ: 21.887.738/0001-05

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: PAULO SOARES DA COSTA Prontuário: 172584 Admissão: 16/04/2019
 Data Nasc.: 24/03/1978 Idade: 41 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Sexo: Masculino RG:
 Mãe: JOVITA JOSEFA DA COSTA Telefone: (88) 99268-5954
 Endereço: RUA SANTA HELENA Bairro: BULANDEIRA CEP:

ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL CRM: 16420 Nº Atendimento: 480583
 Destino Interno: DECISÃO MÉDICA

HDA/Exame Físico:

4º SEM PÓS-OP FRATURA EXPOSTA DO 3º PDD
 EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
 FO OK
 RX FRATURA CONSOLIDADA
 ORIENTAÇÕES/RETIRAR FIO DE KIRSCHNER PÉ DIR/ALTA

CRM-PE 16420 - ORLCE 10049
 TEOT 18.212
 Francisco Bruno Celiao
 Oftalmologista / Traumatologia

EXAME

| Nome | Data Solicitação | Urgente | Situação |
|------|------------------|---------|----------|
|------|------------------|---------|----------|

PRESCRIÇÃO

| Prescrição | Horário: |
|------------|----------|
|------------|----------|



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
 Gerente de Serviços Externos
 11/07/2019 17:00:01-06

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 27/03/19 16:32

Paciente: PAULO SOARES DA COSTA

Prontuário: 172584

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

1º Auxiliar: SAUL CALDAS MIRANDA

Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 24/03/1978

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01A

Anestesiologia: ** Não Informado **

2º Auxiliar:

Circulante:

Procedimentos Propostos

| Código | Descrição | Principal |
|------------|--|-----------|
| 0408050470 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS | S |

Procedimentos Realizados

| Código | Descrição | Principal |
|------------|--|-----------|
| 0408050470 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS | S |

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

RAQUI

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:

Potencialmente Contaminada

Tipo de Anestesia:

Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA, ANTISEPSIA, CAMPOS

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE FP DO 3PDD COM FIO K INTRAMEDULAR

LMC

DEBRIDAMENTO

CURATIVO

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Dr. Breno A. Macêdo Cruz
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 13.375 - CRM-PE 20041 / TEOT 14526

Dr. Garimide F. Nobre
Cirurgia de Sangue e Exat
CRM-CE 13.375 - CRM-PE 20041 / TEOT 14526



Data

27/03/19

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RELATÓRIO ANATOMO PATOLÓGICO

| | | | |
|---|-------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| NOME PAULO SOARES DA COSTA | | | |
| PRONTUÁRIO 172584 | | SOLICITAÇÃO 27/03/2019 16:32 | |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO | CPF: RG: | DAT/NASC 24/03/1978 IDADE 41.0 | FONE CONTATO (88) 99268-5954 |
| MÉDICO BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ | | CRM 13375 | |

| PROCEDIMENTOS PROPOSTOS | | |
|-------------------------|--|-----------|
| Código | Descrição | Principal |
| 0408050470 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS | S |

| PROCEDIMENTOS REALIZADOS | | |
|--------------------------|--|-----------|
| Código | Descrição | Principal |
| 0408050470 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS | S |

ANATOMO-PATOLÓGICO: NÃO

Natureza e Sede do Material:

Suspeita Clínica:

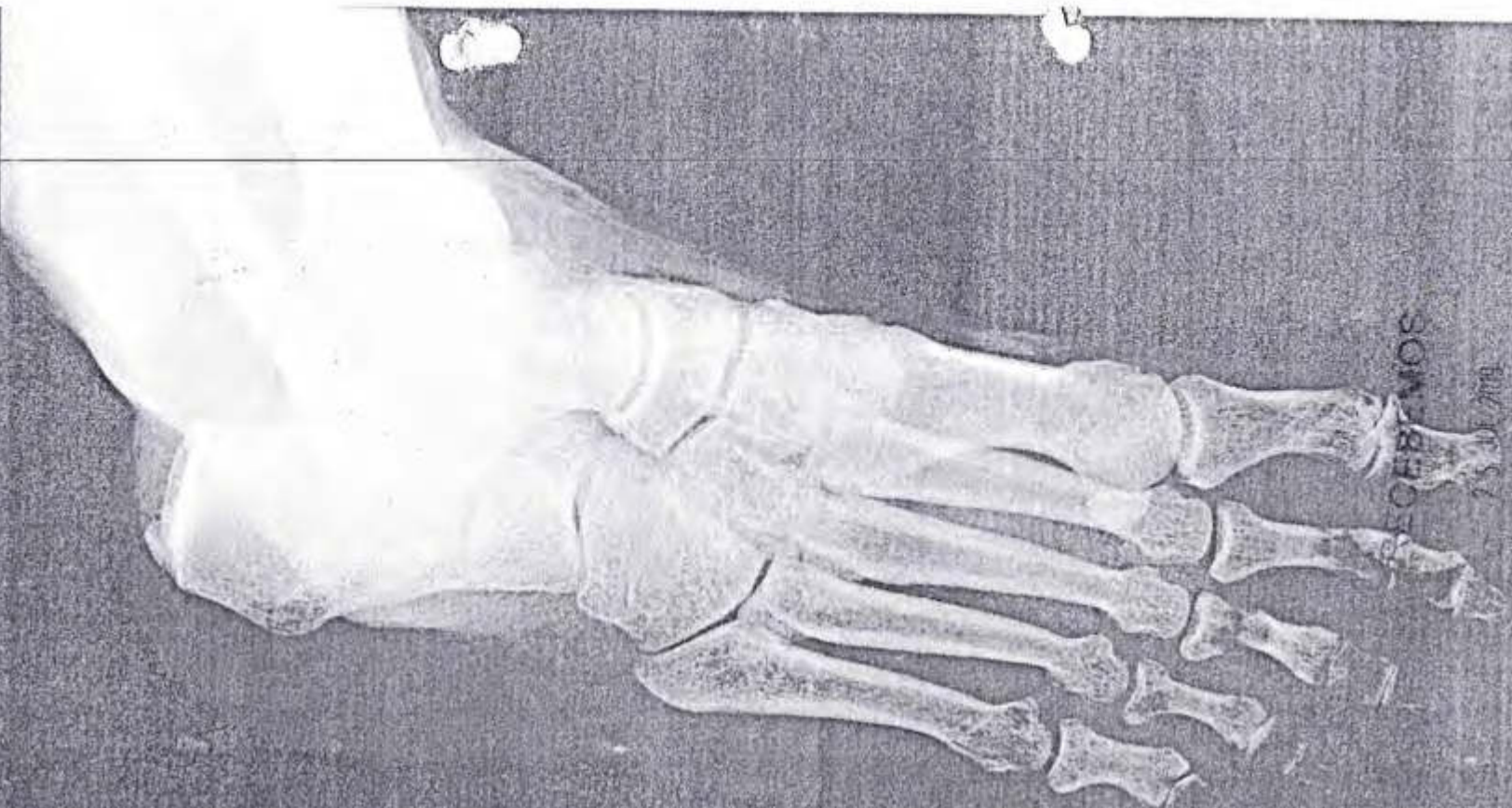
Dados Complementares:



25 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Clínica de Sangue e Exat
Camp. 124 Norte, CE 63041-162

Rx-Contral



25 DE 2018
Centro de Diagnóstico e Imagem
Rua da Saúde, 1000 - Jd. Santa Helena
Bairro: Santa Helena - São Paulo - SP

SOEBSIMOS



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use



RECEBEMOS

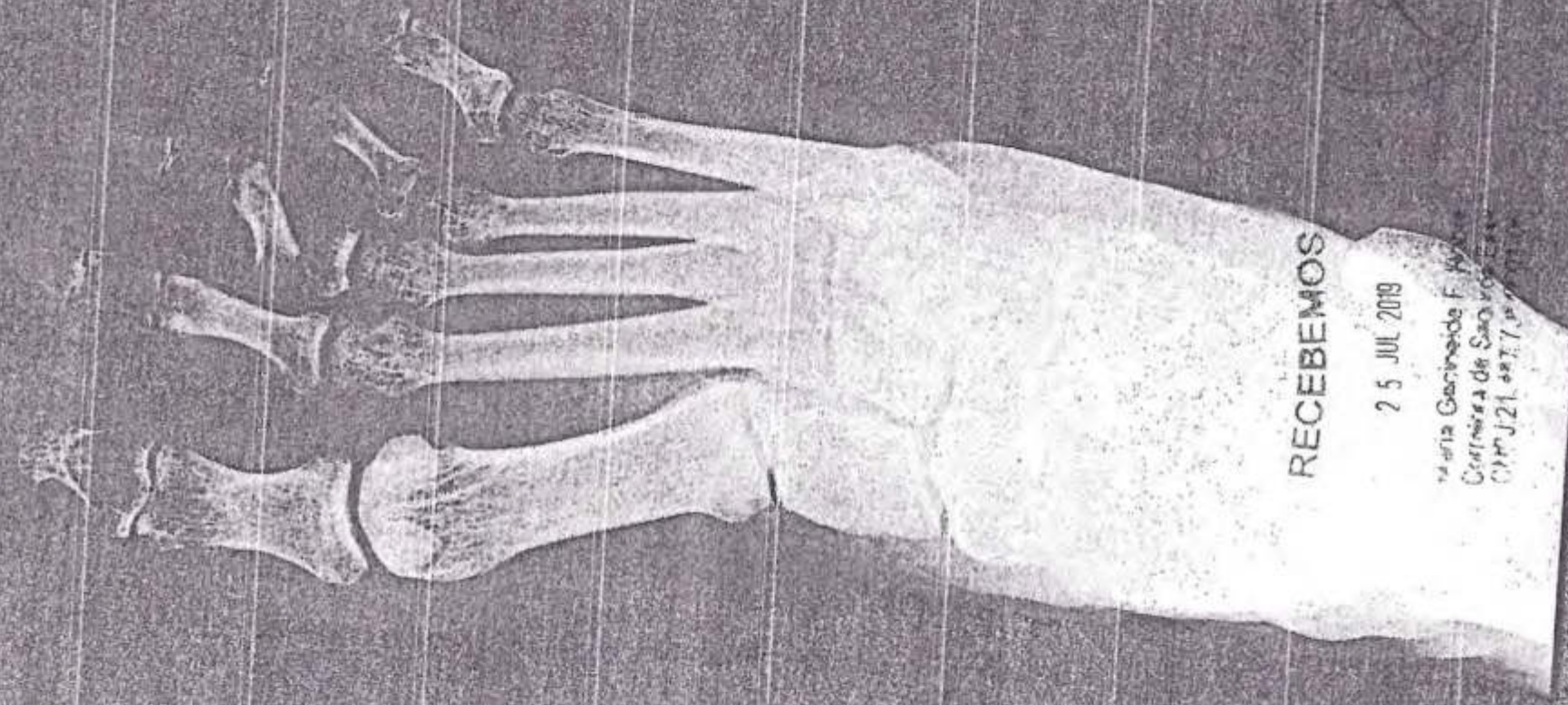
25 JUL 2018

Dr. Carlos F. Moore
Unidade de Sangue Erit
21 07 18 01:05



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

RX - Control



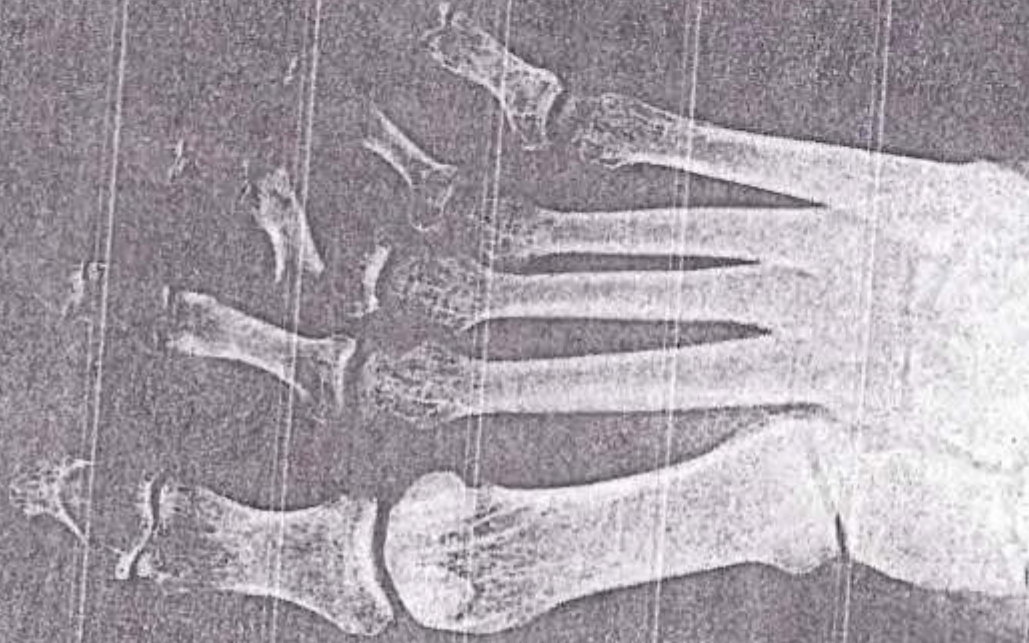
RECEBEMOS

25 JUL 2019

Márcia Gomes de F. M. Costa
Clínica de Saúde Bucal
01/07/2019

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use

RX - control



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Goretti de F.
Cirurgiã de Sangue
CNPJ 21.887.715

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: PAULO SOARES DA COSTA

Endereço: RUA SANTA HELENA

Bairro: BULANDEIRA

CEP: 63180-000

Num: 1

Idade: 41 ano(s) 0

UF: CEARÁ

Cidade: BARBALHA

Prontuário: 172584

Sexo: Masculino

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 03

Leito: 412

Internação 25/03/2019

17:14

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não.

Resumo Clínico

paciente admitido para tratamento cirurgico. operado sem intercorrências, recebe alta melhorado

Exames Realizados

rx pe d

Terapêutica Utilizada

osteossíntese com fio de kirschner

Diagnóstico

S92 - FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)

DIAGNÓSTICOS

| Principal | Código | Descrição |
|-----------|--------|-------------------------------------|
| Sim | S92 | FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO) |

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 28/03/2019

Observações Complementares

retornar ao ambulatório de ortopedia, na próxima DATA DISPONÍVEL

Responsável

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

Data: 28/03/2019

FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16.420 - CRI-CE 10049
TEOT 13.212

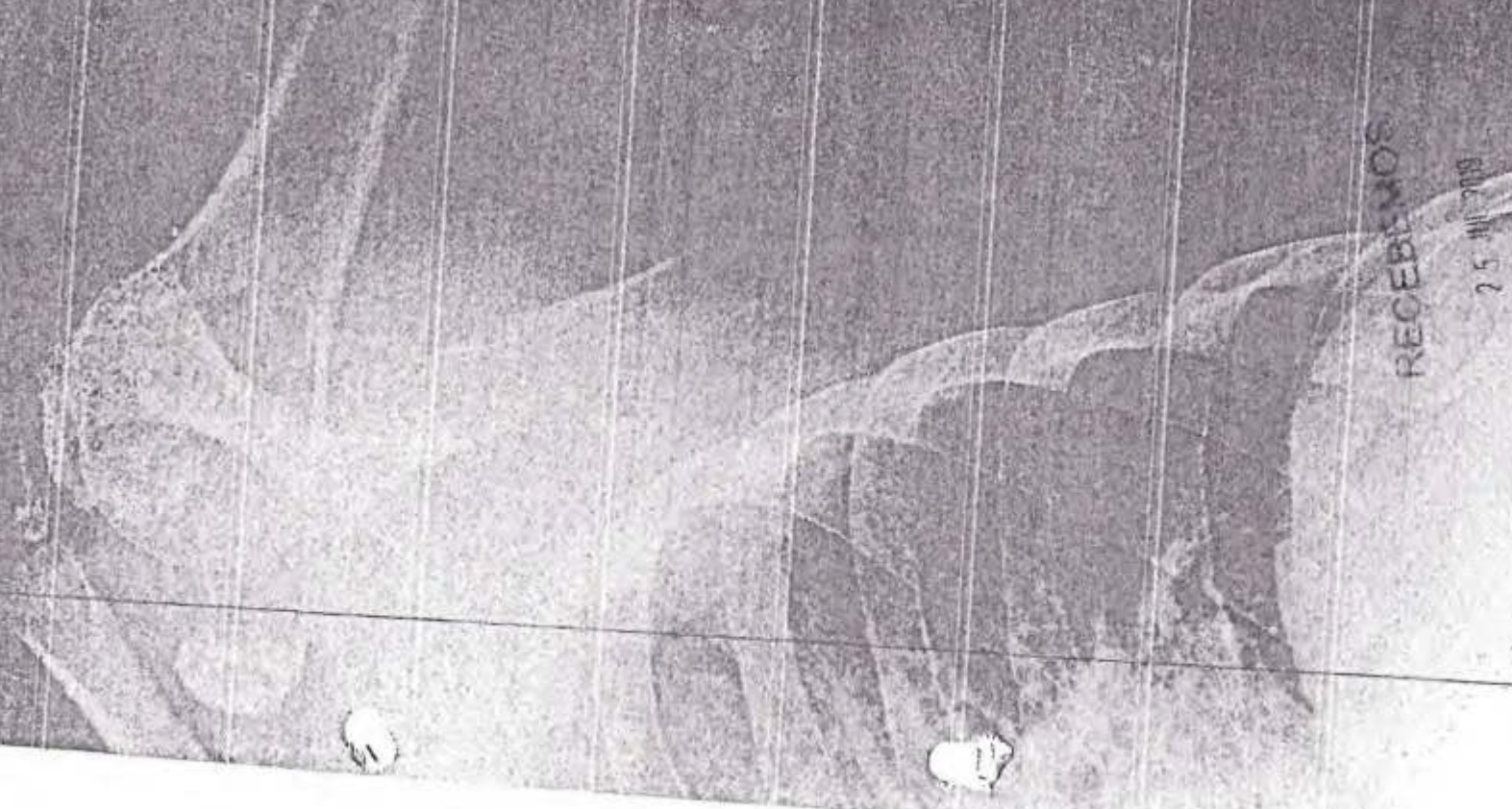
| Agendamento | | |
|-------------|--------|--------|
| Data: | Data: | Data: |
| Hora: | Hora: | Hora: |
| Código | Código | Código |

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Carineide F. Nobre
Téc. de Saúde
21.07.2019





RECEBIMOS

25 III 2013

Unidad Gerencia de Salud
Comunidad de San José
Calle 15 No. 15



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Alma González F. Rodríguez
Comité de Estudios
C.M. 121 227 (100)



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Goretti de F. Nobre
Contrata de Serviços Exter
CPF: 121.007.700-01, de

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: IPEC image for reference

RECEBEMOS

7-5 JUL 2015

Dr. Carlos F. Rojas
Centro de Salud de Cariari
Cariari, Costa Rica



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gabriela F. Nogueira
Coordenadora de Serviços Externos
CHP/J-21-487 / 10/0001-05



NOTICE: .JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

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

NOME
PAULO SOARES DA COSTA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR UF
98029069825 SEP CE

CPF
621.508.633-91

DATA NASCIMENTO
24/03/1978

RELAÇÃO
FRANCISCO SOARES DA COSTA
JUVITA JOSEFA DA COSTA

PERMISSÃO
ACC
CATIVA
A

Nº REGISTRO
05724480842

VALIDADE
10/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
04/03/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Paulo Soares da Costa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
19/10/2017

Im V. L. P.
ASSINATURA DO EMISSOR

95831359241
CE161804322

CEARA

03

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido em Notas.
Deu fe. Garibaldi/CE

04 JUL. 2019

AUTENTICAÇÃO
Nº HZ 031017

SAVY

Francisco Manoel Torres - Titular
Arya Maria de Sá Barros Torres - Substituto
Mayara de Sá Barros Torres Lavour - Estrevante
Francisco Salviano de Lavour - Escrevente
VALIDO QUANTO COM SELLO DE AUTENTICAÇÃO

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacimilde F. Nobre
Correio de São José ERE
CNPJ.21.487.715/0001-06