

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a 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 SÍNTSE 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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 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;

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa 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 expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

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 graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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 pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

RECEBEMOS
25.111

5 Mr 2019



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 SSPCE, 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 5^{ta} Helena B. Parque Burandeira, nº 251,

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

menionado 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 NXR 150 Bros KS Ano: 2007

Placa: HYPJ325 Chassi: 9C2KD03207R018027

Data do Acidente: 23/03/19

Local e Data:

Barbalha - CE, 10.07.19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Geninete F. Nobre
Condutora da Série
Francisco Salviano de Lavor - Escrivão
CHP J.21.377.00001-06

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 Cícero Daniel dos Santos dos Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969-643-133, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO SOARES DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633-191,

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

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633-191, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M.E.T Renda: 2.193,17 e apresento os documentos comprobatórios:

RECEBIDO 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>Sítio Lameador</u>	Número:	<u>1505</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>BARBALHA</u>	Estado: <u>CE</u> CEARA CEP: <u>63180-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>88-97021593</u>

Local e Data: BARBALHA-CE. 10.07.2019

Cícero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS
25 JUL 2019
Maria Geralda F. Alves
Carteira de São José
CPBJ21-4577-arrm

17/03/2010
Santos Silva
Silva F. M. M.
e. 01/01/2009
CEBEMOS

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		CBO	FUNÇÃO	
25	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA		ADMINISTRADOR	
Corr.	Descrição	Referência	Provenios	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	
		Liquido a Receber>	2.793,17	
Salário Base	Base Cálc. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. IRRF
3.200,00	3.200,00	0,00	0,00	2.848,00
Fatura - EMPREGADO		Fatura IRRF		
		0		

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

Assinatura CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

28/03/2010

8412300

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 Valério, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 02042251/0001-70 | CGF 08.106.848-0

energ

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE 8-4 | 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 de Apresentação	Previsão Prox. Leitura
Jun/2019	11/06/2019	13/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda abaixo desse campo.
Conjunto: 01/2019 EUS 10,72
Mês DICRI = 0,00

ICMS

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

Padrão Individual	Apuração Individual
-------------------	---------------------

Mensal	Trm.	Anual	Mensal	Trm.	Anual
5,81	10,15	28,30	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

460.070.007.0140.1405.2844.1300.0552

DIC	3,17	6,35	28,70	0,00	0,00	0,00
FIC	2,65					
DMIC	2,65			2,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consel.	Consumo (kWh)	Conc. Incl.	Conc. Fct	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22389	22264	1,00	125	0,00	1,00	0,77248	96,55

11/06/19	18/05/19	32 DIAS	125	96,55
----------	----------	---------	-----	-------

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATÓRIA REF 05/2019

CORRECAO MONETARIA DO MES

JUROS DO MES

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)
96,55

AUTENTICACÃO
A presente Cópia confere com
o original exibido em Notas.
Barbalha, Barbalha/CE

03 JUN. 2019

Matheus Mafini Torres - Titular
Ayla Maria de Sá Barreto Torres - Substituto
Mayara de Sá Barreto Torres Lavor - Escrivane
Francisco Salgado de Lavor - Escrivane
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICACAO

VENCIMENTO	18/06/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	112,07
------------	------------	---------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	37,24
Transmissão	24,56
Distribuição	21,08
Encargos Setoriais	4,56
..... (MENOS)	29,52

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

139	125	130	120	127	122	121	176	165	157	173	122	134
Jun	Jun	Jul										

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros ETL
CNPJ 21.427.7



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | N° 573653960
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valadim, 150 - CEP 60120-000 - Fortaleza/CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | Cód. 36.100.896.3

Até 15/06/2019 Entrega à 20/06/2019
 Fim de validade - 10/07/2019
 25 de junho de 2019

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2767309 DV **0**

VENCIMENTO
12/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
156,23

DESCRÍÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO	Quantidade	tarifa	Valor (R\$)
	187	0,40527	75,75
OUTROS PAGAMENTOS			
JUROS DO MES		0,48	
MULTA MORATORIA		1,11	
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL-INT		16,70	
PLANO ODONTO SYSTEM		62,16	
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,76)			

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (kg CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

DADOS DO CLIENTE

Rota 28 013014 01 0119700
 Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
 Endereço Postal

Medidor
 12163791

Posto
 0000 0

End. da Unidade ST LAMBEDOR 01505 CABECEIRAS BARBALHA 63180000
 Consumidora

RG / CPF / CNPJ 010.969.643-33 CGF
 Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Livro de Aluno | Lotação Atual | Com Fim | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Faturado

20959	20772	1	187	0	187
-------	-------	---	-----	---	-----

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão: 13/05/2019	Prev. Proxim. Leitura
Apresentação	
	12/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

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

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

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual	Abertura Individual		
	Mensal	Trim. 1 Anual	Mensal	Trim. 1 Anual
DiC (h)	10,15	20,30	40,61	0,00
FIC (un)	7,37	14,74	29,49	0,00
DMIC (h)	5,38			0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

RECEBE MOS
 25 JUL 2019

Flávia Gacimida F. Nogueira
 Caiçara de Saizinho E. L.
 CMJ21.417.747-2024



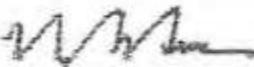
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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 a encaminhamento 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 Loiola, 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 Antônio Bezerra Rulim
SAMU 192 CEARÁ
192 Centro, Centro, Eusébio

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Centro, Centro, Eusébio
CNPJ 21.437.755/0001-06

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.:

Eixo: 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 PERTURBADAS
- B. BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR
- C. HEMODINAMICA MANTIDA SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO
- D. GLASGOW 15, PIFR. SEM SINAIS FOCAIS
- E. FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO PÉ. ABDOME INOCENTE.



EBEMOS
11/11/2019

EXAME

Nome	Data Exame	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	11/11/2019	23/03/2019 21:47	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM 17609

23/03/19 21:47

Prescrição

Horário:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **ESPAÇO LUIZ**

Noticiante(s)

RECEBEMOS

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**
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL**

25 JUL 2019
UF: CE
Notíciia Genuína da F. Notíciia
Centro de Saúdes. Excel.
CNPJ: 21.287.719/0001-11

CEP:

Telefone: **(88) 99484-6996**

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 :

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 N° 421 - 1696 / 2019

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Sávio da Costa.

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Cecília de F. Nobre
Cinthia da Sávio Ete
CNPJ:21.357.716-0001-05

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:
	621.508.633.91	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:		
PAULO SOARES DA COSTA			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
SERVENTE	RUA SANTA HELENA	251	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PR-BULANDIÉIRA	BARBALHA	CEARA	63180-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 1957	CONTA: 000.388.33	3
(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):		
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.		
RECEBEMOS 25 JUL 2019		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BARBALHA - CE 16-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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:
	621.508.633.91	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:		
PAULO SOARES DA COSTA			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
SERVENTE	RUA SANTA HELENA	251	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PR-BULANDIÉIRA	BARBALHA	CEARA	63180-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1957 CONTA: 000.388.33 (3) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

RECEBEMOS

25 JUL 2019

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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

21 JUL 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	---	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	--	--	--	--	---

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BARBALHA - CE 16-07-2019

Paulo Soares da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Almoim Soares da Costa Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: PAULO SOARES DA COSTA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PAULO SOARES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Servente, portador(a) do RG 98039099825 órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 621.508.633-91, residente no(a) RUA STA HELENA
nº 251, bairro: PR. PAULINDEIRA, município: BARBALHA I.C.E.

OUTORGADO:

Nome: CLICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: M.F.T, portador(a) do RG 200101601415 órgão expedidor SSPCE
e do CPF: 010969643-33, residente no(a) SITIO IAMBEDOR
nº 1505, bairro: ZONARURAL, 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 10.07.19

Paulo Serrucho Carter -

**Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)**



DADOS DE QUEM ASSINA A BOGA/SE HOUVER):

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

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

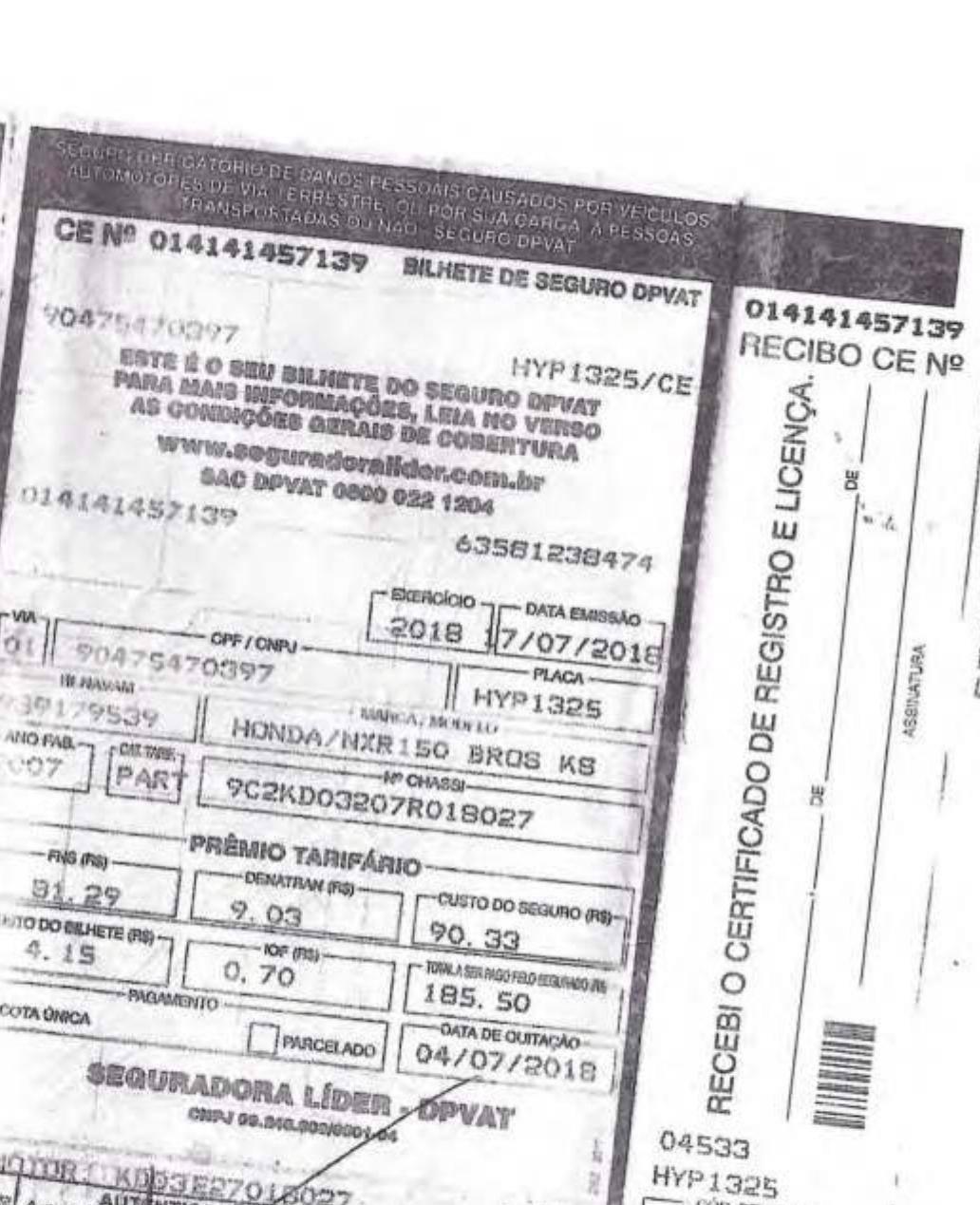
1º Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

2º Nome: RECE
CPE: 11/2019

Assinatura

7-11-20
11013 Gacúnde F. Nobre
110662 da Saguina Eral
9171 42773082711-06



2511

1912 Gezeichnet F. Adolphe
Günther & der Sammelnos Eret
177 J 21 347 7 10.200 1-06

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

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

Horário:

22

22

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Flávia Cecília F. Nobre
Criança de Sangros Erek
IMP J.21. #87.730001-06

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
Destino Interno: DECISÃO MÉDICA	Nº Atendimento: 480583

HDA/Exame Físico:

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

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gerinide F. Nobre
Cirurgiã-Dentista de Sanguinó Erek
121 2777-0001-06

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 de Cirurgia

Data de Conclusão: 27/03/19 16:32

Paciente: PAULO SOARES DA COSTA

Prontuário: 172584

Dt. Nascimento: 24/03/1978

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01A

Cirurgião: BRENO ABIMAE MACEDO CRUZ

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar: SAUL CALDAS MIRANDA

2º Auxiliar:

Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE

Circulante:

Instrumentador:

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
-----------------------	----------------------------	--------------------	----------

DESCRÍÇÃO 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, 12 Gabinete F. Nobre
Cirurgia do Ombro / Cotovelo, 12 Gabinete F. Nobre
CRM-CE 11.116, CRM-FE 20041 / RICARDO
CR 21.437.739-F/001-06



Data

220319

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 ANÁTOMO PATOLÓGICO

NOME PAULO SOARES DA COSTA		SOLICITAÇÃO 27/03/2019 16:32
PRONTUÁRIO 172584	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 ABIMAI MACEDO CRUZ		CRM 13375

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

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

ANÁTOMO-PATOLÓGICO: NÃO

Natureza e Sede do Material:

Suspeita Clínica:

Dados Complementares:



25 JUL 2019

Maria Gericinide F. Nobre
Cirurgiã da Saúde
Juazeiro do Norte/CE
01/07/2019

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.

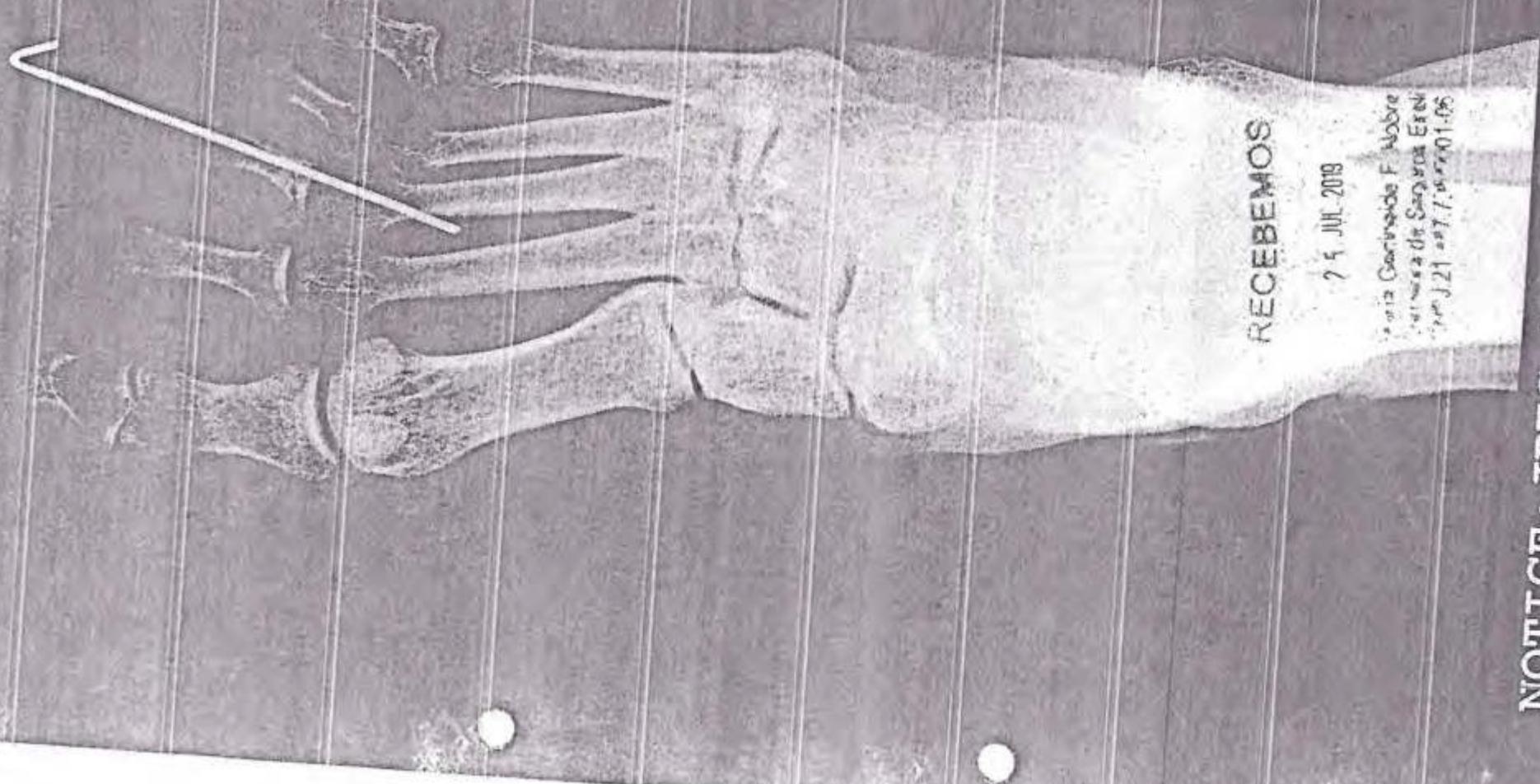
RX - Control

SON 2830

DR. J. L. HARRIS
312 N. 20th Street
PHILADELPHIA, PA.



NOT FOR COMMERCIAL USE



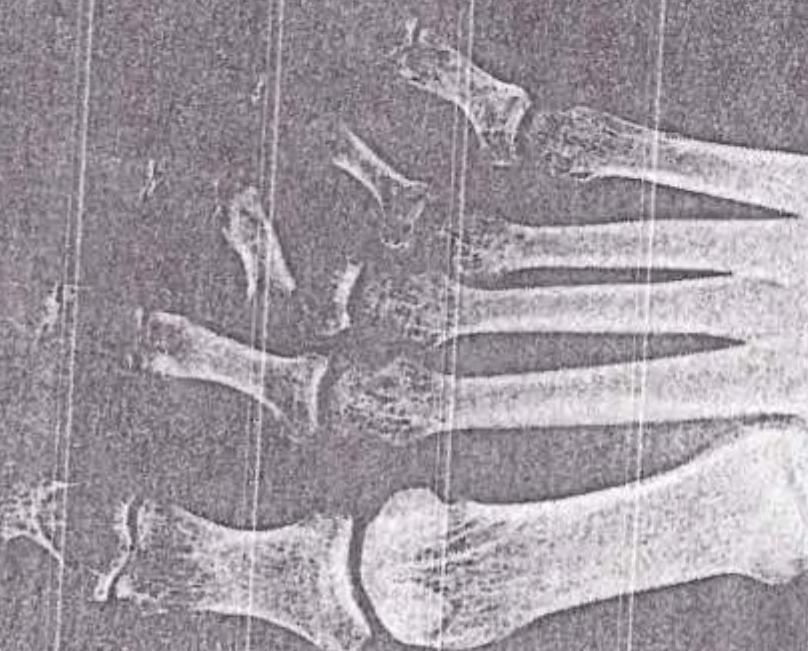
RECEBEMOS

25 JUL 2008

Centro de Física
Universidade de São Paulo
CNPQ
21 3077-0001-06

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

EX - control



RECEBEMOS

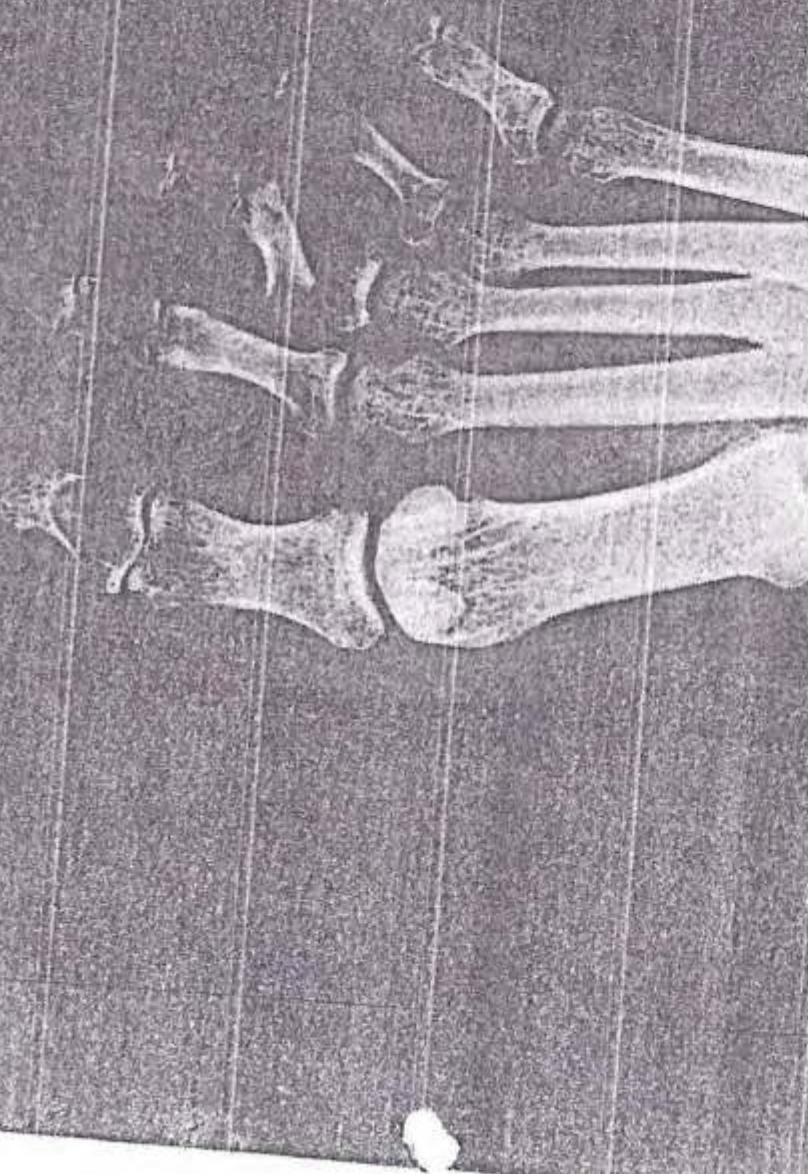
25 JUL 2009

rafael Gomes de Faria
Centro de São Paulo
01312-077

NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use

RX - colateral



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Patrícia Góes
Correia de São
Ovídio
CHPJ 21.8777

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use

RECEIVED

75 11 778

U.S. GOVERNMENT
CIVILIAN DEFENSE
CIVILIAN DEFENSE

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

RECEBEMOS

25 JUL 2009

Áurea Cecília F. Souza
Câmara dos Vereadores
Cidade de São Paulo
CEP 01211-000

NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Geralda F. Nodr
Caminha de São José
Nº 121 apt 7000-110

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

RECEBEMOS

76. III. 2005

Oficina de Documentos
Centro de Documentos
Universitário



NOTICE - THIS IMAGE IS FOR REFERENCE ONLY



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacimonde F. Nobre
Coronaria de Sáuens, Esq.
CNPJ:21.487.700/0001-05



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEJAMENTO

CARTERA NACIONAL DE HABITAÇÃO

M.G.

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1497183811

PAULO SOARES DA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. JURÍDICO Nº 98029089825 S6P CB

CPF 621.508.633-91 DATA NASCIMENTO 24/03/1978

PAUTA
FRANCISCO SOARES DA COSTA
JUVITA JOSEFA DA COSTA

PERMISSÃO ACC CALIBRE A

Nº INSCRITO 05724480842 VASADE 10/10/2022 1ª HABITAÇÃO 04/03/2013

OBRIGADO
SEM OBSERVAÇÃO:

Paulo Soares da Costa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 19/10/2017

Paulo Soares da Costa
ASSINATURA DO EMISSOR

95831359241
CE161804322

CEARA

03

A presente Cópia confere com o original exibido em Notas.
Dou fe. Barbalha/CE

03 JUL. 2019

*Marcelino Matias Torres - Titular
Ary Mano de São Bento Torres - Substituto
Mayara de São Bento Torres Lavor - Extravado
Francisco Leitão de Lavor - Extravado
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO*

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497183811

RECEBEMOS

25 JUL 2019

*Maria Gacineide F. Nobre
Correia de Sá e Sá Exet
CNPJ 21.487.711/0001-10*