

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WLIM.20.00168734-4** em **29/07/2020 11:44:03**.
- 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 : Limoeiro do Norte
Processo : 0020710-81.2019.8.06.0115
Protocolo : WLIM.20.00168734-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Obrigações
Data/Hora : 29/07/2020 11:44:03

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* : 2737952_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2737952_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf
Documentação : 2737952_CONTESTACAO_Anexo_02 - 14-28.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE LIMOEIRO DO NORTE/CE

Processo: 00207108120198060115

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 **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**, 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 **26/06/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/11/2016**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas relatos, totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência 5 meses após o alegado acidente.

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;

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

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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)

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/06/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

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

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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;
- 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,

LIMOEIRO DO NORTE, 23 de julho de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **LIMOEIRO DO NORTE**, nos autos do Processo nº 00207108120198060115.

Rio de Janeiro, 23 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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

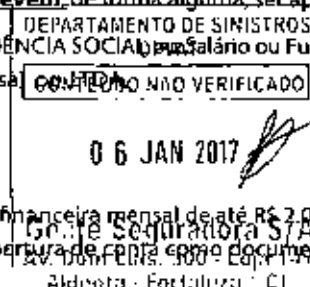
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Gabriela Pinheiro da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008103436-3 EXPEDIDO POR SUSEP-CE EM 02/02/2017 E
CPF 065908803-79 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Estudante
E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gabriela Pinheiro da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1781-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12.923-2

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

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

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

Amoim do Norte, 04 de Março de 2017 LOCAL E DATA
Gabriela Pinheiro da Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dona Luísa, 200 - Lapa 147
Aldoberto - Fortaleza / CE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



interere com o
 13-01-2016

BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 3539 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/11/2016 09:24:37**
 Data / Hora da Ocorrência: **26/06/2016 00:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **SÍTIO CORREGO DE AREIA**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**
 Nascimento: **14/07/1997** CPF:
 RG: **2008103436-3** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DAS DORES PINHEIRO**
MAIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA CEL. CLOVIS ALEXANDRINO, 2098**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CEP:
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 08 JAN 2017

Noticiante(s)

Nome: **WANDERSON CESAR DA SILVA**
 Nascimento: **20/01/1992** CPF:
 CNH: **1004321515** Orgão Emissor: **DETRAN**
 Filiação: **ILMA TEIXEIRA DA SILVA**
JOSE CARLITO DA SILVA
 Endereço: **RUA ESTEVAO REMIGIO, 2149**
 Bairro: **SANTA LUZIA** CEP:
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Geite Seguradora S/A
 Av. Dom Luís, 300 - Lq. 1137
 Aldeia de Fortaleza, CE

Histórico

Que o declarante informa que no dia, local e hora acima especificado, era o condutor do veículo tipo motocicleta HONDA CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD 2015/2016, COR VERMELHA, PLACA PMP0702, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE WANDERSON CESAR DA SILVA, e trazendo em sua garupa a pessoa de SABRINA PINHEIRO DA SILVA; Que o declarante informa que a via estava com muitos buracos e para desviar de alguns, tentou fazer uma manobra, no entanto, vieram a se desequilibrar e cair; Que na queda o declarante sofreu apenas escoriações e SABRINA se queixa de dores na mão esquerda; Que a levou ao Hospital Regional de Limoeiro do Norte-Ce, mas como lá não tinha muitos recursos, acharam por bem ir para a cidade de Russas-Ce no dia seguinte; Que lá foi constatada fratura no Braço e na mão esquerda de SABRINA; Que não foi necessário fazer cirúrgica, mas o membro ficou imobilizado com gesso por cerca de 3 meses; Que o declarante é habilitado

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Assinatura]

LUCINILDA DE MOURA
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT 444557-1-6



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

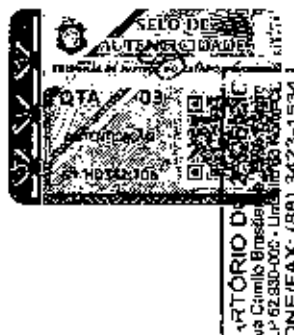
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3539 / 2016

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X. G. Fernandes Maia*

VISTO DO DELEGADO(A) : *BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA* - MAT.: 19837919

X. Sabrina Ferreira da Silva



**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 AUTENTICAÇÃO**

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
 Limoeiro do Norte-CE, 23 11/2016

Avani Fernandes Maia
 Avani Fernandes Maia - Tabelião
 Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
 Bel. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto
 Elyhenária Magalhães Gomes - Esc. Original
 Fátima Fernandes Maia - Esc. Original
 VPL 030426 201602106 Autenticações

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Ge. Ité Seguradora S/A
 Av. Odir Luis, 300 - Lapa 147
 Adelaide - Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Gabrina Pinheiro da Silva, portador da carteira de identidade nº 2008103436-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 065.908.803-35, residente e domiciliado na Rua Cel Alexandrino, 2098, St. Tabuleiro Alto, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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

Gabrina Pinheiro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Ge.nte Seguradora S/A Av. Dom Luis, 3000 - Loja 147 Atorres - Fortaleza - CE

Limoeiro do Norte - CE, 04.01.2017

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

DIGITADO

Nº Atendimento: 5047	CNS: 898003000791347	Data do Atend.: 26/06/2016	as 00:43:37
Nome do Paciente: SABRINA PINHEIRO DA SILVA		Data de Nasc.: 14/07/1997	
Endereço: CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO 2098	LIMOEIRO DO NORTE Op: SAMARA		
Convênio: SUS	PSF: CENTRO	Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU	
Sexo: F	Idade: 18a 11m 12d	Estado Civil:	Profissão: Escolaridade: 3
Peso: () kg			
Sinais Vitais: P.A.: Sist. () Diast. () FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C			
Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)			
<i>Tramite pré-hb @ - queda de motor</i>			
Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento			Data 1º Sintomas
Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevencao <i>Rx rodízio + encefalograma @</i> () Ultrassom Obstetrico () Outros			
Demais Procedimentos Realizados		Ass. Executor	Conselho Classe
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()			
Encaminhamentos / Destino do Paciente:			
() Urgência Emergência () Internação domiciliar			
(x) Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF			
() Alta <i>brtop</i> () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos			
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana			
Parceria com Departamento Municipal de Transito:			
FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de conducao da vítima:			
(x) SIM () NAO (x) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS			

Assinatura do Paciente ou Resp.

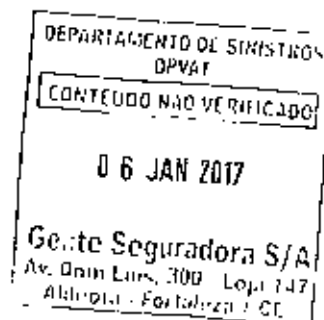
Assinatura do Profissional Executor

- Raxo-X Braço e antebraço E

1) Depressão em *Cláudia A. Nêo* *01:40*
Enfermeira *COREN 401953*

2) Tala gessada (com encurvad)

3) Imuniz. GABVS (1:30)



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000012923-2

Nr. Autenticação

BRDESCO0302201705000000000023701781000000012923236250 PAGO

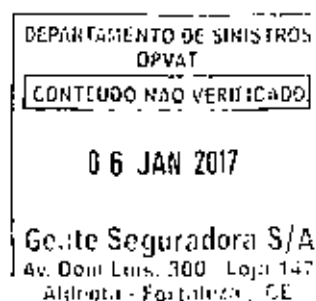
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sabrina Pinheiro da SilvaRG nº 200810436-3, data de expedição 02/02/2012 Órgão SSP-CE,

CPF nº 065.908.803-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Cel Alexandrino</u>
Número	<u>2098</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>St. Tabuleiro Alto</u>
Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.930-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99639-6425 (88) 99470-7145</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro do Norte-CE, 04.01.2017Assinatura do Declarante: Sabrina Pinheiro da Silva

Nº DO CLIENTE

5852675-7

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

A Tenda Social de Energia Elétrica
está criada pela Lei nº 10.423,
de 26 de abril de 2002.Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeir, 259
CEP 60135-040 / Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

Cidade Enel



0015

Rote 10 25060 07 805000 - 6 Data de Emissão 17/12/2016

Nome PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

End. Postal RU VALDEREZ GURGEL 00932

CENTRO - LIM. DO NORTE - 62930000

Medidor 2538939

Fuso 0000 0000

Class 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 000538743-40

CGF

Nome do Responsável

Veja a leitura no verso desta conta.

Consumo LINCEUS DO NORTE 219 73,7

Dez/2016 17/12/2016 16/01/2017

Banco de Crédito (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Preço Médio	Tarif. Mensal	Tarif. Trimestral	Tarif. Anual	Preço Médio	Tarif. Mensal	Tarif. Trimestral	Tarif. Anual
162,71	21,00%	40,93	0,00	5,31	10,62	21,24	0,00	0,00	0,00	0,00
			0,00	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00	0,00
			0,00	3,03			0,00			

NOTE 6768,8170,5722,7853,2164,6597,5802

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarif. Descontada	Valor (R\$)
11534	11389	1,00	225	0,00	225	0,72316	162,71

17/12/16	17/11/16	26/10/16	225	162,71
----------	----------	----------	-----	--------

VALOR CONSUMO DO MES 162,71

MULTA MORATORIA REF 11/2016 3,21

CORRECAO MONETARIA DO MES 0,38

JUROS DO MES 2,83

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 27,46

MAVI PAPELARIA 88-3423.4514 5/5 65,15

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Energia	Transmissão	Distribuição	Encargos Setoriais	Tributos (ICMS PIS-COFINS)	TOTAL
79,04	1,73	24,26	12,25	54,90	162,71

Consumo	Compensação	Compensação
97,25	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Geate Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 137
Aldesoto - Fortaleza / CE



DECLARAÇÃO

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98. Pelo exposto,

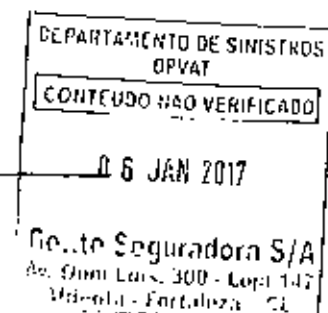
Pelo exposto eu Pedro Ernesto Amancio Gomes, portador(a) do RG nº 2001019006704, expedido por SSP-CE, em 10 / 07 / 2003, CPF/CNPJ nº 000.538.743-40

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Sabrina Pinheiro da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Sabrina Pinheiro da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ME RECUSO INFORMAR, Renda Mensal: R\$ ME RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RG e CPF

Pedro Ernesto Amancio Gomes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wanderson Cesar da Silva,
RG nº 200309904250, data de expedição 02/09/2011,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 053.628.523-37, com
domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Estevão Romário, nº 2149,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sabrina Pinheiro da Silva, cujo o condutor era
Wanderson Cesar da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG-160 FAN ESDI
Ano: 2015 / 2016
Placa: PNP-0702-CE
Chassi: 9C2KCA22006R006111
Data do Acidente: 26/06/2016
Local e Data: Limoeiro do Norte-CE

Wanderson Cesar da Silva
Assinatura do Declarante

Wanderson Cesar da Silva

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



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma autêntica Wanderson
Cesar da Silva - Dou fé
Limoeiro do Norte-CE, 26 NOV, 2016
Em testemunho lote da verdade:
Wanderson
Avanti Ferraz de Melo - Tabelião
Bel. Cláudio José Fernandes Melo - Substituto
Bel. Cleide Maria Fernandes Melo - Substituto
Elyonara Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Leandro Fernandes Melo - Esc. Compromissada
VÁLIDO SOMENTE ITENS DE REGISTRO DE AUTENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Ge. de Seguradora S/A
Av. Dom Elói, 300 - Lda 1-17
Atliana - Fortaleza - CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

DIGITADO

Nº Atendimento: 5047 CNS: 898003000791347 Data do Atend.: 26/06/2016 as 00:43:37
Nome do Paciente: SABRINA PINHEIRO DA SILVA Data de Nasc.: 14/07/1997
Endereço: CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO 2098 LIMOEIRO DO NORTE Op: SAMARA
Convênio: SUS PSF: CENTRO Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU
Sexo: F Idade: 18a 11m 12d Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 3
Peso: () kg
Sinais Vitais: P.A: Sist () Diast () FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C
Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

Tramite pré-hospitalar - queda de motor

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

Data 1º Sintomas

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevenção
Ex radiol + esopelido () Ultrassom Obstétrico () Outros

Demais Procedimentos Realizados

Ass. Executor

Conselho Classe

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()

Encaminhamentos / Destino do Paciente: () Urgência Emergência () Internação domiciliar
(x) Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta *brtop* () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Trânsito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO?

Se positivo assinale o tipo de condução da vítima:

(x) SIM () NAO (x) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

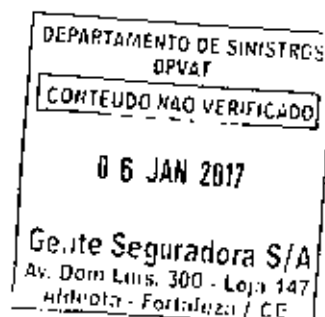
Assinatura do Profissional Executor

- Raux-X braço e antebraço E

1) Depressão em *Clarissa A. Nêe* *01:40*
Enfermeira *COREN 401953*

2) Sela gástrica (sem arrastar)

3) Drenagem gástrica (1-30)





28/06/2016 11:43:25 1600154672 GUIA DE: () ATENDIMENTO () OBSERVAÇÃO - DIURNO - 12
Paciente: 00100372 - SABRINA PINHEIRO DA SILVA Data: 14/07/1997 - 18 A 11 M 12 D Sexo: F - Est. Civil: Solteira(a)
Identidade: 20081034363 - SSPCE - Raza/Cor: Parda - CPF: Ocupação: ESTUDANTE
Endereço: RUA - 14 - 717 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE CEP: 82.900-000 Nat.: LIMOEIRO DO NORTE - CE
Contato: (88) 97427-762 Mãe: MARIA DAS DORES PINHEIRO Pai: MARIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA
Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade:
Autorização: Sispenatal: CNS: Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA / EMER Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Profiss. Atend.: DRA MARIA JO Setor: EMERGÊNCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)
Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. Pressão: _____ mmHg. D. X.: _____
Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO
Pte. relata queda de um objeto pesado
(um canudo) por fora da casa e
sinal de contusão (E) e vaso. Nega
dor e incontinência.
HISTÓRIA PRESENTADA
HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS
HISTÓRIA DE TRAUMATISMOS
HISTÓRIA DE USO DE MEDICAMENTOS
HISTÓRIA DE USO DE ALCOOL E DROGAS
HISTÓRIA DE USO DE TABACO
HISTÓRIA DE USO DE OUTROS SUBSTÂNCIAS
HISTÓRIA DE USO DE OUTROS SUBSTÂNCIAS

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436
CNPJ nº 17.030.000/0001-64
CONFERE COM ORIGINAL
11 / 08 / 2016
ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
Fratura de fêmur (E)

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES
☐ RAIO X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1. R-X de fêmur direito		Do em 14/07
2. Referir para ortopedia		após
3. Avaliação do trauma		
4. Dor		
5. Prescrição		
6. Prescrição		
7. Prescrição		
8. Prescrição		
9. Prescrição		
10. Prescrição		
11. Prescrição		
12. Prescrição		
13. Prescrição		
14. Prescrição		
15. Prescrição		
16. Prescrição		
17. Prescrição		
18. Prescrição		
19. Prescrição		
20. Prescrição		
21. Prescrição		
22. Prescrição		
23. Prescrição		
24. Prescrição		
25. Prescrição		
26. Prescrição		
27. Prescrição		
28. Prescrição		
29. Prescrição		
30. Prescrição		
31. Prescrição		
32. Prescrição		
33. Prescrição		
34. Prescrição		
35. Prescrição		
36. Prescrição		
37. Prescrição		
38. Prescrição		
39. Prescrição		
40. Prescrição		
41. Prescrição		
42. Prescrição		
43. Prescrição		
44. Prescrição		
45. Prescrição		
46. Prescrição		
47. Prescrição		
48. Prescrição		
49. Prescrição		
50. Prescrição		
51. Prescrição		
52. Prescrição		
53. Prescrição		
54. Prescrição		
55. Prescrição		
56. Prescrição		
57. Prescrição		
58. Prescrição		
59. Prescrição		
60. Prescrição		
61. Prescrição		
62. Prescrição		
63. Prescrição		
64. Prescrição		
65. Prescrição		
66. Prescrição		
67. Prescrição		
68. Prescrição		
69. Prescrição		
70. Prescrição		
71. Prescrição		
72. Prescrição		
73. Prescrição		
74. Prescrição		
75. Prescrição		
76. Prescrição		
77. Prescrição		
78. Prescrição		
79. Prescrição		
80. Prescrição		
81. Prescrição		
82. Prescrição		
83. Prescrição		
84. Prescrição		
85. Prescrição		
86. Prescrição		
87. Prescrição		
88. Prescrição		
89. Prescrição		
90. Prescrição		
91. Prescrição		
92. Prescrição		
93. Prescrição		
94. Prescrição		
95. Prescrição		
96. Prescrição		
97. Prescrição		
98. Prescrição		
99. Prescrição		
100. Prescrição		

CONDIÇÃO:
☒ ALTA POR DECISÃO MÉDICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ ALTA A PEDIDO
☒ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas) ☐ ALTA A REVELIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: _____ DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 26/06/16 13:35

ÓBITO
Antes do 1º Atendimento? () SIM () NÃO Destino: () Família () JML () Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: 1.º M.º Claudete N. Serreire
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loin 147
Ativada Fortaleza / CE
Carimbo e Assinatura do Médico: Dra. Maria Pires Lopes
Atendimento registrado por: Ianice Fonseca



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: _____
Nome: Sabrina Pichinho de Menezes Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Idade: _____ Ocupado: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Tramite em processo @ após queda de um to
Resultado de Exames: _____
Consultas já realizadas: _____
Impressão Diagnóstica: Trx no duto do feto a esquerda (B) CID: _____
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro _____ Função _____ Data 26/01/16 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒
Especialidade: Obstetr Profissional: _____
Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____
Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____
Proposta e Conduta para Segmento: _____

O Problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro _____

Função _____

Data ____/____/____



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: Sabrina P. M. de Almeida Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☒ Idade: _____ Ocupado: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Procurar um médico @ após queda de moto
Resultado de Exames: _____
Consultas já realizadas: _____
Impressão Diagnóstica: Ex. não deu dano à espinha (B) CID: _____
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro _____ Função _____ Data 26/06/16 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒
Especialidade: Ortopedia Profissional: _____
Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____
Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 1-17
Aldeota - Fortaleza - CE

Proposta e Conduta para Segmento: _____

O Problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro _____

Função _____

Data ____/____/____



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
065.908.803-79

NOME
SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Nascimento
14/07/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FED

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEFESA SOCIAL
PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
CONJ. ESTADUAL DE IDENTIFICAÇÃO KILÔMETRO: 86 KM DAS SAÍDAS PARA

Polícia Dileta

Sabrina Pinheiro da Silva

065.908.803-79

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉDOR SÃO VEREDOR

06 JAN 2017

Gele Seguradora S.A.
Av. Duque de Caxias, 100 - Loja 101
Bairro Centro - Fortaleza - CE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
2008302154 - 3

DATA DE EMISSÃO
02/02/2007

NOME
SABRINA PINHEIRO DA SILVA

RELACAO
MARTAL PINHEIRO DA SILVA

MARIA DAS BONS PINHEIRO

NACIONALIDADE
LIVRO DO MORTO - CE

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1997

DIGITADOR
CERT. NASCIMENTO - LIVRO DO MORTO - 426, FOLHA: 128
LIVRO: 088 - LIVRO DO MORTO - CE

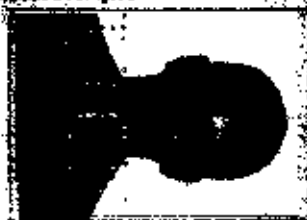
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.150 DE 2006

P. 155

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
E DESENVOLVIMENTO
INSTITUIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

10/10/2001



[Signature]
MILTON DE MENEZES

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL: 001019004704

DATA DE
EXPIRAÇÃO: 10/7/2001

NOME: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

FILIAÇÃO: FRANCISCO SOLOM GOMES E VITÓRIA
AMANCIO GOMES

NATURALIDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

LIMOEIRO DO NORTE-CE

4/5/1983

DOC. ORIGIN. CERT. NASC.: 11864-1 AT 1 F

219V LIMOEIRO DO NORTE-CE

CPF:



70001117



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

PROVIMENTO DE 15/11/2001
00001

PROVIMENTO DE 15/11/2001
00001

06 JUN 2007

Coste Seguradora S.A.
CNPJ 06.908.000/0001-00
R. ...



GENIUS

ESPACE TRQ : _____

— 305 —

[illegible]

RECYCLING

12/04/2010

5102-7055

Grate Seguradora S.A.
 ex-Dora Lora, C.U. - 10011
 Antioquia - Colombia

05 JAN 2017

COPIES OF THE REPORT

DEPARTMENT OF THE ARMY
CPV-21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERILASISTÊNCIA

Polícia Dileta

Wanderson Cesar da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO

REGISTRO GERAL 2003099034250 DATA DE EMISSÃO 02/09/2011

NOME
WANDERSON CÉSAR DA SILVA
FILIAÇÃO
JOSÉ CARLITO DA SILVA
ILMA TEIXEIRA DA SILVA
NATURALIDADE
FORTALEZA - CE
DATA DE NASCIMENTO
20/01/1992
DOC. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 20339 FOLHA: 240V
LIVRO: A-18 LIMEIRO DO NORTE - CE
CPF 053.628.523-37
ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/68 P.: 176

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
053.628.523-37
Nome
WANDERSON CESAR DA SILVA
Nascimento
20/01/1992

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAI/2009

CORREIOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Geleto Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 Loja 1-17
Alameda Fortaleza - CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170027818 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 26/06/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MEMBRO AFETADO PELO TRAUMA NO SINISTRO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO ESQUERDO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

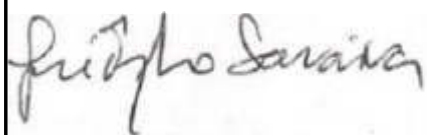
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170027818 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 26/06/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO DO PUNHO ESQUERDO COM FRATURA SEM DESVIO DO RÁDIO DISTAL E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DOR À MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDOS E Á PALPAÇÃO DA ÁREA DA TABAQUEIRA ANATÔMICA COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRAUMATISMO COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL SEM DESVIO E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO TRATADAS CONSERVADORAMENTE COM GESSO AXILOPALMAR POR 30 DIAS, SEGUIDO DE LUVA GESSADA POR 60 DIAS. EVOLUINDO POSTERIORMENTE COM DOR, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS. FRATURA DO ESCAFÓIDE CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/01/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO E CONSENSO

Médico examinador: FRANCISCO FROTA PINTO JUNIOR

CRM do médico: 5300

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

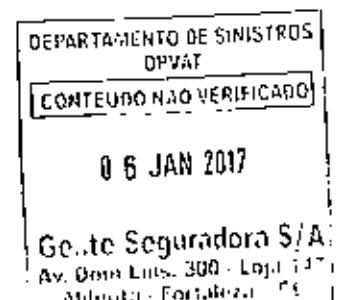
Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10357347

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170027818 ASL-0008300/17
Vitima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA
Data Acidente: 26/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10367451

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170027818 ASL-0008300/17
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA
Data Acidente: 26/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10477732

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170027818 ASL-0008300/17
Vítima: SABRINA PINHEIRO DA SILVA
Data Acidente: 26/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001781-7**

Conta: **0000012923-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170027818 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **SABRINA PINHEIRO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CORONEL ALEXANDRINO nº 2098 - SITIO TABULEIRO ALTO - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20081034363 - SSP**
Data local do exame: **24/01/2017 ARACATI/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO DO PUNHO ESQUERDO COM FRATURA SEM DESVIO DO RÁDIO DISTAL E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFOIDE ESQUERDO

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

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRAUMATISMO COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL SEM DESVIO E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFOIDE ESQUERDO TRATADAS CONSERVADORAMENTE COM GESSO AXIOPALMAR POR 30 DIAS, SEGUIDO DE LUVA GESSADA POR 60 DIAS. EVOLUINDO POSTERIORMENTE COM DOR, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS. FRATURA DO ESCAFOIDE CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DOR À MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDOS E Á PALPAÇÃO DA ÁREA DA TABAQUEIRA ANATÔMICA COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO E CONSENSO -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - ARACATI, 24/01/2017

Médico Perito: FRANCISCO FROTA PINTO JUNIOR CRM:5300/CE


Dr. Francisco Frota Pinto Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 5.300 CFF 20930/5343-87

