



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA


FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau


Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **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 2^a 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**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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 pare qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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 incontrovertido 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 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 vínculo 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (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 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.

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;

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 SESSENTA 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.”

⁷art. 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 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 Excelênciassim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

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

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

TABELA DE GRAADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o 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

JOSELAINA 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, Sabrina Pinheiro da Silva, PORTADOR(A) DO RG N° 2008103436-13 EXPEDIDO POR SP - SP EM 02/02/2012 E CPF 065.908.803-78 /CNPJ 00000000000000000000, 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 Sabrina 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, **DEPARTAMENTO DE SINISTROS** ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa), **DEPARTAMENTO DE SINISTROS** ou NAO VERIFICADO
- 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; **DEPARTAMENTO DE SINISTROS**
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/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 POUPIANÇA (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) _____

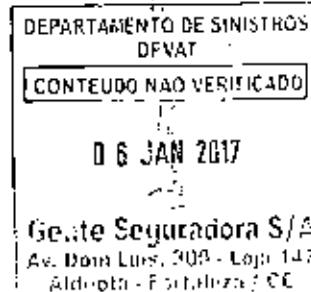
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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



SELADO
AUTENTICO
MFP 03
00017
Limeiro do Norte-CE
Belo Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
Belo Cláudia Maria Fernandes Maia - Substituta
Gylbertina Magalhães Gomes - Esc. Comissionada
Tatiane Faria - Esc. Comissionada
JAI DE SE AUTOMATIZADA
Data: 26/06/2016
Assinatura: [Signature]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **SITIO 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
CONTEUDO NAO VERIFICADO

06 JAN 2017

Noticiante(s)

Nome: **WANDERSON CESAR DA SILVA**

Nascimento: **20/01/1992** CPF:

CNH: **1004321515** Orgão Emissor: **DETRAN**

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luiz, 300 - Loja 1167
Altinópolis Fortaleza - CE

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:

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 irem para a cidade de Russas-CE no dia seguinte; Que já 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: DJOLW

LUCINILDA DE MOURA
ESCRIVÃA DE POLÍCIA
MAT 404567-16



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 3539 / 2016

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404587-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X. Sabrina Ferreira da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

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 JAN. 2016

[Handwritten signature]
 Avani Fernandes Maia - Tabelião
 Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
 Bel. Cláudete Maria Fernandes Maia - Substituta
 Elyberlina Magalhães Gomes - Esc. Oficial
 Taíspin Fernandes Maia - Esc. Oficial
 * APELIDOS SÓ SÃO CONCEDIDOS AOS TABELIÃOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
06 JAN 2017
Genito Seguradora S/A Av. Dom Luis, 300 - Lote 147 Altaneira - Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Sabrina Pinheiro da Silva, portador da carteira de identidade nº 2008103436-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 065.908.803-75, residente e domiciliado na Rua Elizandroino, 2098, 5º Andar, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Sabrina Pinheiro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017

Gestor Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 100 - Loja 147
Altaneira - Fortaleza - CE

Limoeiro do Norte - CE, 04.01.2017

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLEIO 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)

Tremor persistente - grande diurno

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

Data 1º Sintomas

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevencao
 Rx radi + escopio () () Ultrasound 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
 () Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
 () Alta () 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 condução da vítima:
 (X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

- Rau-x braço e antebraço €

Clássica A. Nélio
Enfermeira 01:40
- COREN 401962

1) Dorsiventral -
2) sala gelada (sem ar cond.)

3) Inverno 08:05 (1:30)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luiz, 300 - Lote 747
Altinópolis - São Paulo - SP

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

BRADESCO03022017050000000002370178100000012923236250 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Sabrina Ribeiro da Silva

RG nº 2008303436-3, data de expedição 02/06/2012, 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 16 Alexandre</u>
Número	<u>2098</u>
Apto / Complemento	<u>lara</u>
Bairro	<u>St. Tabuleiro Altos</u>
Cidade	<u>timóveis do Norte</u>
Estado	<u>ceara</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: timóveis do Norte - ce, 04.01.2017

Assinatura do Declarante: Sabrina Ribeiro da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Lins, 300 - Loja 147 Alfândega - Fortaleza - CE

Nº DO CLIENTE

5852675-7

Perseguirán con persistencia, sin descanso y sin cesar la causa de su muerte.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.429-
de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 250
CEP 60135-090 Fortaleza/CE
CNPJ: 03.04225.0001-70 | CGE: GE105.BA853

cancel

Digitized by srujanika@gmail.com

500

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
Energia	78,84
Transmissão	1,73
Distribuição	12,59
Encargos Salariais	12,55
Tributos (IOMS, PIS, CONFINS)...	50,38
TOTAL	162,31

Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

[View Details](#)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
VERIFICADO

CONTEUDO NAO VERIFICADO

06 JAN 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Lurs. 300 - Lop 137
Aracaju - Fortalezen 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 Ricardo Linoche Amancio Gomes, portador(a) do RG nº 0001019006704, 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 Linhares da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Sabrina Linhares 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

Ricardo Linoche Amancio Gomes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Brasile Seguradora S/A Av. Dom Luiz, 300 - Loja 147 Mangabeira - Fortaleza - CE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wanderson Lacerda da Silva

RG nº 2003090004250, data de expedição 02/09/2011,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 053.628.523-37, com
domicílio na cidade de Timóteo do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Estevão Remígio, nº 2149,
complemento liso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gabrina Pinheiro da Silva, cujo o condutor era
Wanderley Ferreira da Silva.

Véhicule: Moto

Modelo: HONDA CR-V EX-L FWD

Ano: 2015 / 2016

Ano: 2015 / 2016
Placa: BNB 2221-56

Placa: PNP-6108-L-06
Chassi: PEAKE3300EB00641

Data do Acidente: 26/05/2016

Local e Data: São Paulo, 02 de Novembro

Local & Date: W. MOUNTAIN 100 MILE RACE,

Wonderson

Assinatura do Declarante

Wonderson leva da vida

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

CARTÓRIO DO 2º OF. - DEP. 61.155.000 - Unidade do Norte-CE
FONE/FAX: (88) 3423-1534

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma autógrafa José Fernando Mata
Cezar da Silva - Dou fô
Umação do Norte CEP: 76.000-000 - NOV. 2016
Em testemunho: Walter da vênde

Avançado Fernando Mata - Testimônia
Beto, Ciduário José Fernando Mata - Substituto
Beto, Chedalte Maria Fernandes Almeida - Substituta
Eduardo Magalhães Gomes - Esc. Comprimento
Leônido Fernandes Mata - Esc. Comprimento
VIA CERTIFICADA PELA 02 DE AUTENTICAÇÃO DE

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT**
CONTEUDO NAO VERIFICADO



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLEIO 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)

Tremor persistente - queda de mola

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento	Data 1º Sintomas		
Procedimentos complementares solicitados: <i>Fix náuseas + escorpião</i>	() Patologia Clínica	() Radiologia	() Exame Prevenção
	() Ultrassom Obstétrico	() Outros	
Demais Procedimentos Realizados	Ass. Executor	Conselho Classe	
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()			
Encaminhamentos / Destino do Paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Atend. Especializado <input type="checkbox"/> Internação Hospitalar <input type="checkbox"/> Observação 12h <input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/> Alta <i>6 LdP</i> <input type="checkbox"/> Adm. Medicamentos <input type="checkbox"/> Observação 6h <input type="checkbox"/> Outros procedimentos <input type="checkbox"/> Transf. de emergência <input type="checkbox"/> Abertura de partograma <input type="checkbox"/> Indicação de Cesariana			
Parceria com Departamento Municipal de Trânsito: FOI ACIDENTE DE TRANSITO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	Se positivo assinale o tipo de condução da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> OUTROS		

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

- Rau-x braço e antebraço €

Clarisse A. Née
Enfermeira

1) Domicílio Dr. COREN 401953

2) sala grande (sem aranha)

3) dormir cama (1:30)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Altinópolis - Fortaleza / CE



1600154677

26/06/2016 11:43:25	1600154672	GUIA DE: () ATENDIMENTO / () OBSERVAÇÃO	- DIURNO - 12-
Paciente: 00100372 - SABRINA PINHEIRO DA SILVA		DN: 14/07/1997 - 18 A 11 M 12 D Sexo: F - Est. Civil: Solteiro(a)	
Identidade 20081034363 - SSPCE - Raça/Cor: Parda -		CPF:	Ocupação: ESTUDANTE
Endereço: RUA - 14 - 717 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE		CEP: 62.900-000	Nat: LIMOEIRO DO NORTE - CE
Contato: (88)97427-782	Mãe: MARIA DAS DORES PINHEIRO		Pat: MARIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA
Convênio: SUS - SUS	Carteira:		Validade:
Autorização:	Sisprental:	CNS:	Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA / EMER.	Especialidade: CLINICA MEDICA	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

Pete velho quebra de muito baçado
liso e arredondado de cor vermelha
liso e com sangue. Só o
fistel de cada vez é e viso. Nega
que quebra é traçado.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramaílo, 1436
CNPJ: 17.501.000/0001-64
CONFIRME COM ORIGINAL
11/08/2016
2016
ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

SADI - EXAMES COMPLEMENTARES

RAIOS X ULTRASSOM UTC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRÄZAMENTO

EVOLUÇÃO

1) Quebra de liso e arredondado	2) Enfermeira	Dor em MS e após
3) Sangramento do fôrmeo	3) Enfermeira	Alyne Maria ENFERMEIRA CREF: 26.823
4) Sangramento fônico	4) Enfermeira	
5) Sangramento fônico	5) Enfermeira	
	OK	

CONDUTA:

- ALTA POR DECISÃO MÉDICA
 OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)
 TRANSFERÊNCIA PARA:

AMBULATÓRIO
 ALTA A REVELIA

ALTA A PEDIDO
 INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 26/06/16 13:30

ÓBITO

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

Assinatura do Paciente ou Responsável mº Claudete N. Ferreira	DEPARTAMENTO DE SINOSFROS DPVAT	Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Henrique Fonseca CRM: 12.812
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
	06 JAN 2017	
	Geste Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Aracaju - Sergipe / CE	Atendimento registrado por: Henrique Fonseca

**S
SUS
S**

Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:	Município:
Distrito Sanitário:	
Nome: <u>Silvana Pimentel de Oliveira</u> Prontuário Nº _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> Idade: _____	Ocupado: _____
Endereço: _____ Bairro: _____	

Motivo do Encaminhamento: <i>Trava em prado @ agro queide de mato</i>	
Resultado de Exames: 	
Consultas já realizadas: 	
Impressão Diagnóstica: <i>Ex. não dura muito e escoriação (E)</i>	CID: _____
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro	Função
	26/01/16
	Data
	Hora

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Auxílio Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Profissional: _____
Especialidade: <i>Medicina</i>	
Unidade de Saúde: _____	Data: ____ / ____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Nome: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Idade: _____
Unidade de Referência: _____	
Município: _____	Prontuário: _____
	Alta: ____ / ____

Resultado de Exames: _____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPSAT CONFECO NAO VERIFICADO
Diagnóstico: _____	CID: _____
Conduta Realizada: _____	Gente Seguradora S/A Av. Dom Lino, 300 - Loja 147 Altinópolis - Fortaleza - CE
Proposta e Conduta para Segmento:	

O Problema justificou a referência?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Assinatura do consultante - Nº registro	Função	____ / ____
		Data

**S
U
S**

Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:	Município:
Distrito Sanitário:	
Nome: <u>Sabrina P. Melo de Oliveira</u> Prontuário Nº _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> Idade: _____	Ocupado: _____
Endereço: _____ Bairro: _____	

Motivo do Encaminhamento: <u>Prática de esportes</u>	_____		
Resultado de Exames: _____			
Consultas já realizadas: _____			
Impressão Diagnóstica: <u>Ex no dia 06/01/2017 a expondo (B)</u>	CID: _____		
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro	Função	Data	Hora
AGENDAMENTO			
Encaminhamento para atendimento:	Ambulatorial <input type="checkbox"/>	Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/>	Auxílio Diagnóstico <input type="checkbox"/>
Especialidade: <u>Pratina</u>	Profissional: _____		
Unidade de Saúde: _____	Data: ___ / ___ Hora: ___		

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Nome: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Idade: _____
Unidade de Referência: _____	
Município: _____	Prontuário: _____ Alta: ___ / ___

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Resultado de Exames: _____	06 JAN 2017
Diagnóstico: _____	CID: _____
Conduta Realizada: _____	Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 1077 Aldoá - Fortaleza - CE

Proposta e Conduta para Segmento: _____	_____	
O Problema justificou a referência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
O motivo da referência coincide com o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Assinatura do consultante - Nº registro	Função	Data

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

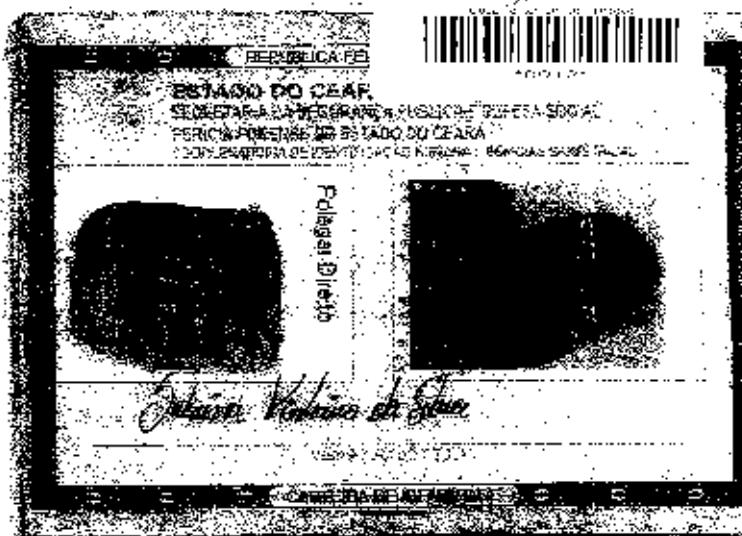
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número:
065.908.803-79

Nome
SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Nascimento
14/07/1997

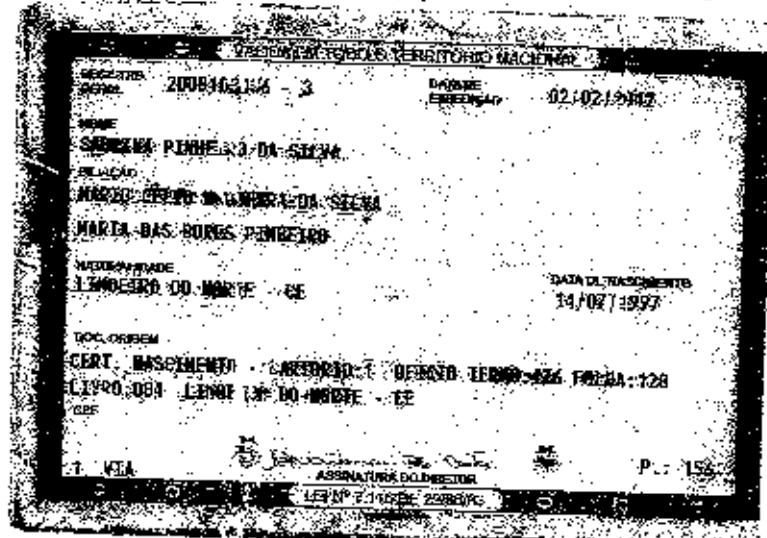
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

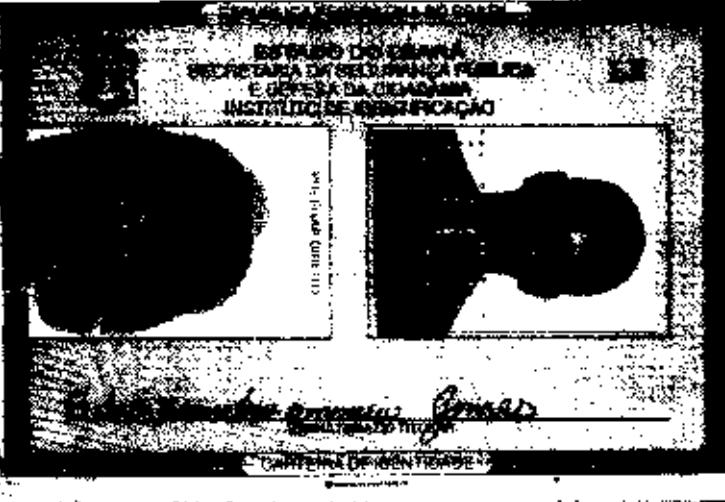


DEPARTAMENTO NACIONAL DE
PREVIDÊNCIA SOCIAL - DPPS
CONTEÚDO VERSÃO 03/2011

06 JAN 2017

Geleia Seguradora S.A.
Av. Dom Hélio, 333 - Centro
6001-022 - Belo Horizonte - MG





REGISTRO GERAL 001019604704		DATAS 10/7/2001
NOME PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES		
MUNICÍPIO FRANCISCO SOLON GOMES E VITÓRIA AMANCIO GOMES		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
LIMOEIRO DO NORTE-CE	4/5/1983	
DOC. OFICIAL CERT. N.º 02 : 11864-1 ATLE	219V LIMOEIRO DO NORTE-CE	
CPF	0001234567890	



0001234567890
0001234567890
0001234567890

06 JUN 2001

Gente Seguradora S.A.
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
20030-001 - Rio de Janeiro - RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - DE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

VIA: COD. RENAVAM: RNFH0: DATA: 12/04/2016
CRDD: 011083446921 0000000000 2016

NOME:
WANDERSON CESAR DA SILVA

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF/CNPJ: PRAZO:
05362852337 FMP0702
PLACA ANO/UF: LITAGEM:
*****/CE 9C2KC2200GR006111

ESPECIE TIPO: CAD/ALCO
MARCAS/MOD/UN: ANO/FAB: ANO/MOD:

HONDA/CG 160 FAN ESIDI 2015 2016
2P/OCV/162CC PARTIC VERMELHA

COTA LINHA	VEND. COTAPANNI
I	*****
P	*****
V	FAIXA IPVA
A	*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) 10,00 PRÉMIO TOTAL (RS) 10,00 DATA DE PVTAMPO 00/00/0000

ALFID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND
A LTDA, *****

LIMOEIRO DO NORTE
Data de emissão: 12/04/2016
Data de validade: 12/04/2016



DATA
12/04/2016

DETAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMÓVEIS DE USO PESSOAL POUR UN GARDE A PERSONNES TRANSPORTÉES OU NAO: SEGURO DPVAT

CE Nº 012219839941 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016
ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
05362852337 AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONSENTIMENTO
www.dpvatseguro.com.br
SAC DPVAT 10-4028-1294

EXERC. 01 - DATA EMISSÃO:
2016 12/04/2016

DATA	CPF/CNPJ	PLACA
01	05362852337	FMP0702
1083446921	HONDA/CG 160 FAN ESIDI	
2015	09	9C2KC2200GR006111

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

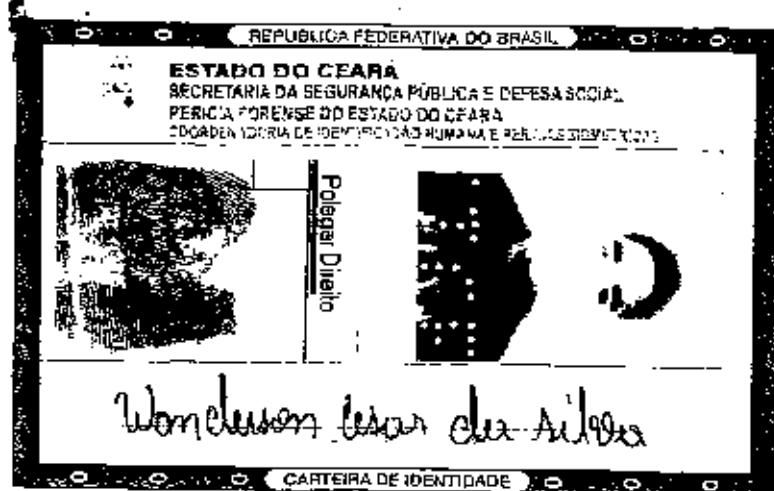
DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

DATA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
2016	10,00	12/04/2016

JUL-2016



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO

REGISTRO GERAL 2003099034260 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2011

NOME WANDERSON CÉSAR DA SILVA

RESIDÊNCIA JOSE CARLITO DA SILVA

RESIDÊNCIA ILMA TEIXEIRA DA SILVA

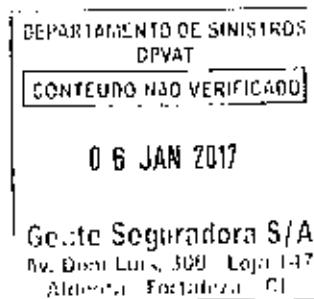
NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 20/01/1992

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 20339 FOLHA: 240V
LIVRO: A-18 LIMOEIRO DO NORTE - CE
CPF 053.628.523-37

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

P. 176



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

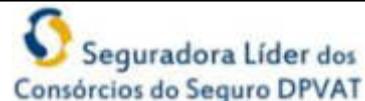
Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

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 CONSENTO

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:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Sabrina Pinheiro da Silva, brasileira, solteira, portadora da identidade RG nº 2008103436-3 – SSP-CE, CPF: nº 0065.908.803-79, residente e domiciliada na Rua Cel Alexandrino, 2098, Sítio Tabuleiro Alto, Limoeiro do Norte, Estado do Ceará, Cep: 62.930-000

Outorgado: PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES, brasileiro, casado, autônomo, portador da identidade RG nº 2001019006704 – SSP – CE, CPF nº 000.538.743-40, residente e domiciliado na Rua Valderez Gurgel, 932, Bairro Brotolandia, Limoeiro do Norte – CE, CEP: 62.930-000. Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER**, referente ao **Seguro Obrigatório DPVAT**, podendo assinar quaisquer documentos, receber e passar recibos, dar quitações, requerer e assinar o que for necessário.

Limoeiro do Norte - CE
LOCAL

23 / 11 / 2016
DATA

Sabrina Pinheiro da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE

OBS: (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO PARTICULAR
Este instrumento é expedido na forma eletrônica
Sabrina Pinheiro da Silva
Assinatura do Outorgante
Local: Limoeiro do Norte/CE
Data: 23 NOV 2016
Em testemunha: *Pedro* da verdade
Pedro Gomes
Avanç Fámeda Mário - Tabuleiro
Sítio: Sítio do José Fernandes - Sítio - Tabuleiro
Limoeiro do Norte - Ceará - Brasil

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Ge. te Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 117
Altinópolis - São Paulo - SP



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 inicio 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,



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 inicio 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 n°: 10477732

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170027818 ASL-0008300/17
Vitima: 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%

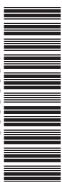
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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 Vítimas 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 ESCAFÓIDE 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 complicações.

TRAUMATISMO COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL SEM DESVIO E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFÓIDE 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 ESCAFÓIDE CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

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

SIM NÃO

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

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, nº1º 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 sequela 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)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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 CONSENTO -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - ARACATI, 24/01/2017

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



