



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 **WMRG.20.00167314-9** em **29/07/2020 11:46:37**.
- 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 : Maranguape
Processo : 0050334-32.2020.8.06.0119
Protocolo : WMRG.20.00167314-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : DIREITO CIVIL
Data/Hora : 29/07/2020 11:46:37

Partes

Solicitante : Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2736623_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2736623_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-7.pdf
Documentação : 2736623_CONTESTACAO_Anexo_02 - 8-19.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MARANGUAPE/CE

Processo: 00503343220208060119

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 **ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR**, 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 **05/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/12/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **05/10/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 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.

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 Nº 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.”

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO 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

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

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

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

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

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

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.

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,

MARANGUAPE, 22 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 **ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **MARANGUAPE**, nos autos do Processo nº 00503343220208060119.

Rio de Janeiro, 22 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029344 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200029344 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024912/20

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JI

CPF: 892.877.463-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR : 892.877.463-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR
CPF: 892.877.463-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

ALANA DA SILVA DE MATOS



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



CE

NOME
ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
99023022204 SSPDC CE

CPF DATA NASCIMENTO
892.877.463-20 21/12/1981

FILIAÇÃO
ANTONIO JOSE RODRIGUES
DE ABREU
EDIVANIE MARIA DOS
SANTOS ABREU

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01829651968

VALIDADE
31/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
13/06/2001

OBSERVAÇÕES

EAR;

Antonio Jose Rodrigues de Abreu Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MARANGUAPE, CE

DATA EMISSÃO
18/12/2017

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

29774458216
CE162079087

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1551406120

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551406120

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Impresso nº 2019884344

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4949 / 2019****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **04/12/2019 09:37:24**Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2019 15:30:00**Endereço da Ocorrência: **R LEONCIO LEITE DE SOUSA, CACIMBÃO - UMARIZEIRAS MARANGUAPE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR**Nascimento: **21/12/1981** CPF: **892.877.463-20**CNH: **01829651968** Orgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **EDIVANIE MARIA DOS SANTOS ABREU****ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU**Endereço: **RUA IRMÃ CÂNDIDA MARIA, 89**Bairro: **PARQUE IRACEMA**Município: **MARANGUAPE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98788-0284****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: OIF1854 Uf: CE Município: MARANGUAPE Chassi: 9C2KC1650CR541618 Renavam: 468283544 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: CINZA Proprietário: HELICINALDO COSTA DO VALE Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

2) Placa: OZA8672 Uf: CE Município: MARANGUAPE Chassi: 93ZC35B01E8457202 Renavam: 996103279 Tipo do Veículo: CAMINHONETE Marca / Modelo: IVECO/DAILY 35S14HDCS Ano Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2014 Combustível: DIESEL Cor: VERMELHA Proprietário: CENTRO COMERCIAL MESA FARTA LTDA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

Segundo o declarante no dia 05.10.2019 por volta das 15:30 horas estava pilotando a motocicleta de placas OIF1854 e estava sozinho, onde se deslocava da localidade de Bela Vista com destino a localidade de Cacimbão, quando nas imediações da parede do açude da localidade de Cacimbão, em Maranguape, um caminhão avançou a contramão para realizar uma curva, vindo colidir frontalmente com a motocicleta do declarante;

QUE do acidente lesionou o joelho esquerdo; QUE foi socorrido por populares, podendo indicar como socorristas: GLEIFE DE ABREU SILVEIRA - CPF 801.803.963-15 E ANTONIO WERMESON HONORIO DE OLIVEIRA - CPF 61052376347; QUE foi socorrido para o Hospital Municipal, em Maranguape, onde foi medicado e em seguida transferido para o IJF, em Fortaleza, onde foi medicado e ficou aguardando leito no Hospital Fernandes Tavora; QUE foi



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4949 / 2019

transferido para o Hospital Fernandes Tavora, em Fortaleza, no dia seguinte (06.10.2019) por volta das 15:00hrs, onde realizou procedimento cirúrgico e permaneceu hospitalizado por quatro dias; QUE salienta que o acidente se deu por volta das 15:30 horas e deu entrada no Hospital por volta das 16:41 horas. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

ANTONIO ROSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

THAMILES LORENA SOTELO MELO - MAT.: 3012474X

DADOS DO CLIENTE

Nome: **ANTONIO JOSE R ABREU JR**
 End. Leitura: **RUA IRM CANDIDA MARIA, 126, CENTRO**
 Cidade: **MARANGUAPE**

CEP: 61948-365

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

 Local: **051**

 Setor: **003**

 Quadra: **0144**

 Lote: **0127**

 Comp: **0000**

 Subsetor: **00**

 Subquadra: **00**
ECONOMIAS

 Residencial: **001** | Comercial: **000** | Industrial: **000** | Pública: **000**
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A10F181631	1821	1838	17	15

DATAS

 Leitura Atual: **21/11/2019**

 Emissão: **21/11/2019**

 Lacre Água: **6830505**

 Leitura Anterior: **21/10/2019**

 Próxima Leitura: **20/12/2019**

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	058	058	012	058	058
Analisadas	058	058	012	058	058
Em conformidade	057	058	011	045	058

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 18 m3 | META: 14 m3.

Constatamos debito de R\$ 60,12. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	62,86	nov/18	17	0
DESCONTO ÁGUA	-12,57	dez/18	13	0
JURUS DE 0,033% AO DIA	0,63	jan/19	14	0
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,13	fev/19	15	0
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	0,24	mar/19	13	0
MULTA DE 2%	1,16	abr/19	13	0
TARIFA DE CONTINGENCIA	18,32	mai/19	17	0
		jun/19	15	0
		jul/19	14	0
		ago/19	17	0
		set/19	16	0
		out/19	16	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,67
COFINS	3,38

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	77,78
VALOR DO SUBSÍDIO	7,01
VALOR TOTAL A PAGAR	70,77

MÊS/ANO
11/2019
VENCIMENTO
05/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
70,77
ONDE PAGAR SUA FATURA
I: 352967053934745 L: 0383 H: 09:54:21 R: 054 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Cagece
 Central de Atendimento
0800 275 0195

Cagece
 MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: **0800 285 1919**. Demais localidades: **ARCE** – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: **0800 275 3633**. Ouvidoria estadual: **155**. Site da ARCE: **www.arce.ce.gov.br**.

Mais informações pelo telefone: **0800 275 0195**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site **www.cagece.com.br** ou na Ouvidoria da Cagece: **3101.1918**, de **8h às 12h e 13h às 17h**.

GOVERNO DO CEARÁ
 GOVERNADOR: **LOUIZ EDUARDO**
 VICE-GOVERNADOR: **ANDRÉ CARVALHO**
 SECRETÁRIO DE ESTADO: **JOÃO PAULO**

155
 GOVERNADOR DO CEARÁ

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **892.877-463-20** Nome completo da vítima: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR**

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

Nome completo: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR** CPF: **892.877-463-20**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua São Cauda Moura** Número: **106** Complemento: _____

Bairro: **Centro** Cidade: **Fatolha** Estado: **CE** CEP: **61948-365**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(85) 98788-0285**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0751** CONTA: **00037720** 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Falecidos: _____

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

Local e Data: **Fatolha, 15/01/2020**

Nome: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR**

CPF: **892.877-463-20**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

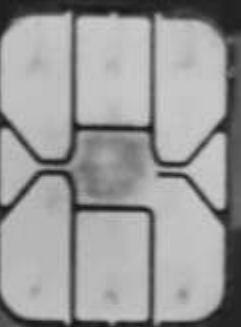
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 2067 0516

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

ANTONIO JOSE R DE ABREU J
0751 013 00037720-7

elo

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **892.877-463-20** Nome completo da vítima: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR**

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

Nome completo: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR** CPF: **892.877-463-20**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua São Cândida Maria** Número: **106** Complemento: _____

Bairro: **Centro** Cidade: **Fatolha** Estado: **CE** CEP: **61948-365**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(85) 98788-0285**

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0751** CONTA: **00037720** 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Local e Data: **Fatolha, 15/01/2020**

Nome: **ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR**

CPF: **892.877-463-20**

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

ANTONIO JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO JÚNIOR

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029344

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000751

Conta: 000000037720-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029344

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000037720-7

Nr. da Autenticação DA5C20914172E52B

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024912/20

Vítima: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JI

CPF: 892.877.463-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR : 892.877.463-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR
CPF: 892.877.463-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

ALANA DA SILVA DE MATOS



Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: MARILIA DA SILVA CARDOSO
Data/hora: 05/10/2019 16:41

CMT

CONSULTÓRIO: 01

Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Estado Civil: Solteiro

Sexo: Masculino

Nascimento: 21/12/1981

Idade: 37

Identidade: 99023022204

Naturalidade: MARANGUAPE

Endereço: RUA IRMÃ CANDIDA MARIA Nº89

Bairro: PARQUE IRACEMA

Cep:

Município: MARANGUAPE

Fone: 9

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: _____ mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmprp

Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____

Horário: ____:____

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

pt sofreu acidente moto x caminhão c/ trauma em
peleto (E), com dor e limitação de movimento.

Exames Solicitados: sem exames de pele

Hipótese Diagnóstica:

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

Horário

Auxiliar

RX peleto ap/peleto -> FX plató tibial (E)		
Is encurtamento ao IFT ap/peleto		
Imobilização: tala inguino-podálica		
PROFESSOR EV -	18:50	

Carine Rodrigues Nascimento Gomes
Técnica em Enfermagem
COREN-CE 956.863

Observação:

VOTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

A presente xerox confere com a Original
em nossos arquivos HMABH em 04/12/19

Assinatura do Funcionário Sama



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR		ID Paciente: 5638812
Data de Nascimento: 21/12/1981	Idade: 37 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 06/10/2019
LAUDO		

TC DO JOELHO ESQ

Realizados cortes axiais volumétricos sob técnica helicoidal com 1 canal

LAUDO:

1. Fratura oblíqua cominutiva com acentuado desnivelamento dos fragmentos ósseos no 1/3 proximal lateral da diáfise tibial , se estendendo para o platô tibial onde determina infradesnivelamento da altura do platô tibial fraturado que está sub luxado.
2. Fratura oblíqua na epífise fibular
3. Distensão da bursa patelar por líquido
4. Edema em partes moles
5. Exame sob tala gessada posterior.

Marilza Oliveira

MARILZA OLIVEIRA CRM 5199-CE

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608456028664 **Admissão:** 05/10/2019 21:18

Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Pront.: 5638812 **Data Nasc.:** 21/12/1981 **Idade:** 37 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) **Tel.:** 85 98411-5734

Mãe: EDIVANIE MARIA DOS SANTOS DE ABREU

Sexo: Masculino **RG:** 990923022204 **Município:** MARANGUAPE

CEP: 61944900 **Bairro:** PARQUE IRACEMA

Endereço: RUA IRMA CANDIDA MARIA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
06/10/2019 18:16	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	Paciente com fratura de platô tibial, no momento estável e sem queixas gerais; solicitei Lab, ecg e tc de joelho para discussão com grupo de joelho.

PRESCRIÇÃO

Médico: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS **CRM:** 5715 **06/10/19 18:18**

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ÓLEO MINERAL - FR ADMINISTRAR 10 ML / ORAL / 8/8 H SE CONSTIPAÇÃO	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
ALPRAZOLAM 1MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA ADMINISTRAR À NOITE SE INSÔNIA	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

COPIA DE PROTOCOLO
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 13 / 11 / 2019
MATRICULA 51022
SERVIDOR(A) [Assinatura]

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608456028664

Admissão: 05/10/2019 21:18

Nome: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE ABREU JUNIOR

Pront.: 5638812 Data Nasc.: 21/12/1981 Idade: 37 ano(s) 10 mes(es) e 23 dia(s) Tel.: 85 98411-5734

Mãe: EDIVANIE MARIA DOS SANTOS DE ABREU

Sexo: Masculino

RG: 990923022204

Município: MARANGUAPE

CEP 61944900

Bairro: PARQUE IRACEMA

Endereço: RUA IRMA CANDIDA MARIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO

Classificador ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

Horário 05/10/2019 21:23

Queixa: PACIENTE, 37 ANOS, ENC. HOSP. MARANGUAPE COM HISTÓRIA DE TRAUMA REGIAO DE JOELHO ESQUERDO

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - DOR MODERADA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ANTONIO HERMANO CABRAL FERREIRA JUNIOR CRM: 5321

Nº: 559565

Horário 05/10/2019 22:30

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 1

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO DE ESTRUTURAS MULTIPLAS DO JOELHO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDEO, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW: 15, NEGA TCE, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

Data: 07/10/2019 16:19

ALTA**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
05/10/201 21:23	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES - DOR MODERADA	AMARELO	ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

EXAME

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

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF

RAE TIRADA

PELO SISTEMA E-SUS

EVOLUÇÃO

Data Cadastro 13/11/19 Usuário Cadastro

Descrição

MATRICULA 51022

SERVIDOR(A)



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Atestamos para fins legais
que o Sr. Dr. Roberto
João Rodrigues de Sousa
fornecedor reconhecido de
nosso estabelecimento de
nosso tratamento de
quarto de parto.

10/10/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MOB/C-4