



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 **WARC.20.00169816-8** em **28/07/2020 11:35:47**.
- 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 : Aracati
Processo : 0014168-93.2019.8.06.0035
Protocolo : WARC.20.00169816-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 28/07/2020 11:35:47

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* : 2739196_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2739196_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-17.pdf
Documentação : 2739196_CONTESTACAO_Anexo_02 - 18-28.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ARACATI/CE

Processo: 00141689320198060035

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 **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**, 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 **06/11/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/02/2018**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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.

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;

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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)

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 **06/11/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).**

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

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

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

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

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

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

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI 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\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

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,

ARACATI, 28 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 **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **ARACATI**, nos autos do Processo nº 00141689320198060035.

Rio de Janeiro, 28 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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180215841 **Cidade:** Aracati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO CORREIA DA ROCHA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO ÚMERO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO BRAÇO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180215841 **Cidade:** Aracati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO CORREIA DA ROCHA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO ESQUERDO 50% DE 25%

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

NOME
FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR UF
200873495 SSP CE

CPF
761.146.353-53

DATA NASCIMENTO
29/07/1977

FILIAÇÃO
FRANCISCO FERREIRA DA
ROCHA
MARIA JOSE DE JESUS DA
ROCHA

POPULAÇÃO
RURAL

ACC
C

CATAMIA
A.B.

Nº REGISTRO
01805475707

VALIDADE
17/09/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/04/1997

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
26/08/2016

65650019300
CE155006746

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1351288254

PROVISÓRIO PLASTIFICADO
1351288254

Cláudia Costa
(88) 9238.8234 / 9789.2501

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA

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, eu claudia maric fernera de corte, portador(a) do RG nº 2002010079936, expedido por SSP/CE, em

 / / , CPF/CNPJ nº 009.032.633-43,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Flavio

Correia de Rocha - do sinistro de DPVAT da natureza

da vítima Flavio Correia de Rocha, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Renda Mensal: R\$

Documentos comprobatórios:

claudia maric fernera de corte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu Flavio Carneiro da Rocha, portador da carteira de identidade nº 290873495, e inscrito no CPF/MF sob o nº 761.146.353.53, residente e domiciliado na Rua: Rua Francisco Aldenir 1015 105, Cidade, Aracati,

Estado, ceara, 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 60 (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, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, 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 impugna-la, caso discorde do seu conteúdo.

Flavio Carneiro da Rocha

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Aracati 02 de abril de 2018

Local e data

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <u>761.146.353-53</u>	Nome completo da vítima <u>Flávio Romeu da Rocha</u>
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Flávio Romeu da Rocha</u>		CPF titular da conta <u>761.146.353-53</u>		Profissão
Endereço <u>Rua Francisco Adalberto Porto</u>		Número <u>105</u>	Complemento	
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Aracatuba</u>	Estado <u>Pearl</u>	CEP <u>62.800-000</u>	
Email		Telefone (DDD) <u>83299789-2501</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ. <u>0743</u> (Informar dígito se existir)	DIV <input type="checkbox"/>	CONTA NRQ. <u>30109</u> (Informar dígito se existir)	DIV <u>6</u>
--	---------------------------------	---	-----------------

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____		NRQ. _____	
AGÊNCIA NRQ. _____	DIV <input type="checkbox"/>	CONTA NRQ. _____	DIV <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Aracatuba, 02 de abril de 2018
Local e Data

Campos 1 - Assinatura do Beneficiário

Flávio Romeu da Rocha

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 530 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Handwritten signature]

VISTO DO DELEGADO(A):

[Handwritten signature]
ANA MARIA DE ARAUJO PADILHA - MAT.: 30078918



AUTENTICACAO

Conferir Com o (s) Original (s) Apresentado (s)
 Valido Somente Com o Selo de Autenticidade
 Joo Fê, Aracati

03 ABR 2018

Maria Pompa Costa Lima Gurgel - Titulo
 Luciano Costa Lima Gurgel - Substituto
 Leirides G. de Souza - Esc. A

ANTE COM O SELO DE

[Handwritten signature]
Joana Regina Fátima da Silva
 Escrevente Autenticado

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 530 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 15:35:49**Data / Hora da Ocorrência: **06/11/2017 07:57:00**Endereço da Ocorrência: **RUA CEL ALEXANDRINO**

Complemento:

Bairro:

Município: **ARACATI/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)Nome: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**Nascimento: **29/07/1977** CPF: **761.146.353-53**RG: **290873495**Órgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA JOSÉ DE JESUS CORREIA D A ROCHA****FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA**Endereço: **RUA FRANCISCO ALDENOR PORTO, 105 CASA**Bairro: **CENTRO**CEP: **62.800-000**Município: **ARACATI/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99728.7180****Histórico**

O noticiante FLAVIO CORREIA DA ROCHA, RG 290873495 SSP/CE, CPF 761.146.353-53, residente na Rua Francisco Aldenor Porto, 105, Centro, Aracati/CE, informa que dirigia um motociclo marca/modelo Honda BIZ 110i, Cor predominante VERMELHA, ano de fabricação 2016, Placa PMV 4972, Renavam 76114635353, Chassi 9C2JC7000GR102075, de sua propriedade, que estava Trafegando pela Rua Cel Alexandrino em frente a Rua Rio Jaguaribe quando um homem que vinha numa BRDS DE COR PRETA bateu no declarante e se evadiu do local. Dentre as pessoas que souberam do acidente estão MARIA DASDORES DA SILVA, (testemunha 01), RG 2007678666-2 SSP/CE, CPF 028.660.283-09, residente na Travessa Barão de Messejana, 142, Campo Verde, Aracati/CE, e SAMIA ELISABETE MORENO MARQUES, (testemunha 02), RG 20082492110 SSP CE, CPF 653.169.163-87, residente na Rua Cônego João Paulo, 1347, Aracati-CE, esta socorreu o declarante. Após o acidente, o noticiante foi socorrido por SAMIA ELISABETE, acima mencionada, que levou o noticiante para a UPA da Cidade de Aracati/CE, sendo posteriormente transferido para o Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias, sendo atendido e tratado em virtude do mencionado acidente. Em virtude do Acidente o noticiante sofreu um trauma no ombro esquerdo, sendo submetido a cirurgia. Que fica o noticiante ciente da expedição de guia para a realização de perícia de lesão corporal na PEFOCE, com laudo a ser remetido para esta delegacia, Que se responsabiliza pelas informações prestadas, E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA-REGIONAL DE ARACATI**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****IZABELLE CRISTINA DE MEDEIROS DIAS DANTAS - MAT.: 30****INVESTPREV
SEGURODORA S/A**

10 MAIO 2018

ENTRADA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180215841
Nome do(a) Examinado(a): Flavio Correia da Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Aldenor Porto, 105
Centro Aracati CE CEP: 62800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 290873495
Data local do acidente: [06/11/2017]
Data local do exame: [11/06/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO COLO DO ÚMERO ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ARACATI, TRANSFERIDA PARA O IJF, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM.
Data da Alta: 10/04/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO BRAÇO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO ÔMBRO ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **781 146 983 53** Nome completo da vítima: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA** CPF titular da conta: **781 146 983 53** Profissão: **RECUSO**
Endereço: **RUA FRANCISCO ALDENOR PORTO** Número: **105** Complemento: _____
Bairro: **CENTRO** Cidade: **ARACATI** Estado: **CE** CEP: **82800000**
E-mail: _____ Telefone (DDD): **88-99783-2601**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **QUERO INFORMAR** SEM RENDA ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

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

☐ **BRASECO (237)** ☐ **BANCO DO BRASIL (001)** ☐ **ITAU (341)**

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)**

AGÊNCIA: **0743** CONTA: **30109** **6**

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: _____ NOME: _____ NOME: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

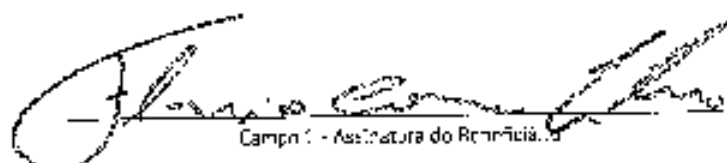
(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ARACATI de **30** de **MAIO** de **2018**

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
9 DE MAIO 2018
ENTRADA

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta nº: 12978930

A/C: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180215841
Vítima: FLAVIO CORREIA DA ROCHA
Data do Acidente: 06/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CLAUDIA MARIA FERREIRA DA COSTA

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: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000743**

Conta: **0000030109-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180215841**

Vitima: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**

Data do Acidente: **06/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180215841**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12815210



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00743

CONTA: 000000030109-6

Nr. da Autenticação 19998CD827D4C3D6



PREFEITURA DO
ARACATI
ARACATI - CE

Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMED

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente: () Sim () Não

Trabalho: () Sim () Não

Trânsito: () Moto () Carro
() Outro

AT. IMEDIATO
EMERGÊNCIA

VERMELHO

01 HORA
URGÊNCIA

AMARELO

02 HORAS POUCO
URGÊNCIA

VERDE

04 HORAS
S/ URGÊNCIA

AZUL

Data: 06/11/17

Hora do Atendimento: 10:26

Téc. de Enfermagem:

Nome: Flávia Pereira da Rocha

Idade: 40 anos

Sexo: () F (X) M

Data de nascimento: 29/07/77

RG/CPF/Outros: 290873495

CADSUS:

Filiação: Maria José de Jesus da Rocha

Tem Plano de Saúde () Sim (X) Não Qual:

Endereço: R. Fco. Aldemir Pontes - Centro

Nº: 105

Telefone: 88/99348-73

PSF:

ACS:

T: _____ °C

PA:

x

mmHg

FC:

bpm

FR:

l/rpm

Glicemia Capilar:
mg/dl

Nível de consciência: () Inconsciente () Orientado () Confuso
() Desorientado ECG: _____

Alergias:

Violência:

() Sim () Não

CLASSIFICAÇÃO DA DOR:
() Sim () Não

() Aguda () Crônica () Recorrente

TIPO DE
DOR:

() Leve () Moderada () Forte () Sever

ATENDIMENTO E CONSULTA

() Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento

() Atendimento Médico de urgência em atenção especializada

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Trauma no ombro E

Enfermeiro(a):

Encaminhamento: () Clínica Médica () Traumatologia

Anamnese (Condução Médica)

Dor e edema no ombro esquerdo, acompanhada
de incapacidade funcional.

Hipótese Diagnóstica

Fratura do colo do úmero E.

Prescrição na Urgência

Horário

Assinatura do executor

- () Administração de medicamentos na Atenção Especializada
- () Inalação / Nebulização
- () Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
- () Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
- () Retirada de pontos de cirurgias básicas
- () Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva
- () Pequena Cirurgia:
- () Outros:

- () Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
- () Enema
- () Sondagem Gástrica
- () Drenagem de abscesso
- () Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
- () Exérese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
- () Retirada de corpo estranho subcutâneo
- () Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: _____ Internamento Hospitalar () Observação () Transferência

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5535995

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:29/07/1977

PAI: FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA

MÃE:MARIA JOSÉ DE JESUS DA ROCHA

DATA DE ATENDIMENTO:07/11/2017

DATA DE SAÍDA:10/11/2017

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 07/11/2017, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

A CIRURGIA FOI CANCELADA E ADIADA, POR FALTA DE JEJUM; TENDO RECEBIDO ALTA HOSPITALAR EM 07/11/2017, PARA RETORNAR EM 10/11/2017.

LAUDO DIGITADO EM 14/03/2018 (JOAQUIM/C)

Joaquim Jos
Cirurgião Plástico
CRM 4403

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5535995

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:29/07/1977

PAI:FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA

MÃE:MARIA JOSÉ DE JESUS DA ROCHA

DATA DE ATENDIMENTO: 10/11/2017

DATA DE SAÍDA:12/11/2017

MOTIVO:PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 10/11/2017, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO APRESENTANDO FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

EM 11/11/2017, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO COM FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER ROSQUEADO. OPERADO POR DR. CLODOALDO DUARTE.

LAUDO DIGITADO EM 14/03/2018 (JOAQUIM/C)"

Joachim
Cirurgião Plástico

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 06/11/2017 16:59:42	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700506789469958	NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA			Registro: 5535995	
CPF: 76114635353	RG: 290873495	D. NASC: 29/07/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DE JESUS CORREIA DA ROCHA			NOME DO PAI: FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE CAVALCANTE SOBRINHO		Nº: 120	BAIRRO: COACU	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 993487370,	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60871640	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: DANIELE MARIA BATISTA SILVA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE: 993487370	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes e violências, Fatos ou eventos não especificados, intenção não determinada					
QUEIXAS: PERFIL PARA REFERENCIA					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: BRANCO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
<p>ISO DE PROTOCOLO - 101</p> <p>FAZ TIRADA</p> <p>PELO SISTEMA E-SUS</p> <p>DATA 27/03/2018</p> <p>MATRICULA 13826</p> <p><i>Edson e Pontes</i></p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:		



ATESTADO MÉDICO

Nome : FLAVIO CORREIA DA ROCHA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado é acompanhado no ambulatório de Traumatologia e Ortopedia do IJF por fratura de umero esquerdo operado no IJF.

No momento, fratura em consolidação, sem dor e com redução do arco de movimento. Em reabilitação fisioterápica.

Ao setor de pericias do INSS.

CID 10 : S42

Dr. Ronaldo Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17019

Fortaleza, 25 DE Janeiro DE 2018

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE FLAVIO CORREIA DA ROCHA ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DO UMEROS ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM 11/11/17, RECEBEU ALTA EM 12/11/17. EVOLUINDO COM FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO. DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

FORTALEZA 27/11/17.

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Flávio Costa da Rocha
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5538995 Unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente compareceu para retirada
de fio de sutura no membro E

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

- 1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

- 1- _____ Data ____/____/____
- 2- _____ Data ____/____/____



3- _____	Data ____/____/____
4- _____	Data ____/____/____
5- _____	Data ____/____/____
6- _____	Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: () Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) _____

Observações: _____

ALTA HOSPITALAR

Não para retorno 15 dias DRA. JANE

Data: 11 / 1 / 18

Dr. Pedro Rafael
 Médico Residente
 Clínica de Dermatologia
 CRM 15095

CRM/Carimbo

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)

UPA - ARACATI

Prescrição: 1027

Í *;EÎ

Paciente: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA** Dt Nasc: 29/07/1977 40A 3M 8D
 Data Solic.: 06/11/2017 08:34:04 Prescrição: 1027
 Data Pr Ini: 06/11/2017 9H
 Data Atend.: 06/11/2017 07:55:14
 Prontoário: 1013
 Prest. Presc.: ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO (CRM 18621)
 CID:
 Diagnóstico: DIAGNOSTICO NAO DEFINIDO

Medicações	Item Elem Código	Descrição	Nome de Seguradora	Opção Comercial	Dose	Unl Via
	01 01 00010023	DICLOFENACO DE SODIO: 25MG/ML 3ML		DICLOFENACO SODICO	1	AMP IM
	02 01 00010027	DIPIRONA: 500MG/ML 2ML		DIPIRONA	1	AMP IM

Exames	Item Elem Código	Descrição	Qtde Total	Centro de Custo
	03 01 00000005	RADIOGRAFIA DE OMERO	1	

(08/43)
 Silva Bruna Alves Lima
 Tc. Enfermagem
 (17) 3012-7000

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A
 10 MAIO 2018
 ENTRADA

Denise Rodrigues Correia
 Técnica Radiologia

ICARO de Oliveira
 ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO (CRM 18621)
 CREMEC

Impresso em 06/11/2017 08:35:00 pelo Usuário ICARO

DATA ATEND.: 06/11/2017
PACIENTE...: FLAVIO CORREIA DA ROCHA
DATA NASC...: 29/07/1977 IDADE: 40 N°ATEND.: 1231
RG.....: 290873495 CPF...: 761.146.353-53 SEXO....: MASCULINO
MÃE.....: MARIA JOSE DE JESUS DA ROCHA
ENDEREÇO...: RUA FRANCISCO ADENOR PORTO 105
BAIRRO....: BAIRRO DE FATIMA CIDADE: ARACATI
TELEFONE 1: TELEFONE 2: UF...: CE
CEP.: 62800000

PLANO DE SAÚDE: SUS AMBULATORIO CARTÃO SUS:

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA

/ AMARELO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE

INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2017-11-06 07:57:52

TEMPO DE ESPERA: 158

DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO: 132

PRIORIDADE: AMARELO

QUEIXA: DOR EM MSE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO

FLUXOGRAMA: Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR: Dor moderada *

COLETA NÃO-AUTORIZADA: NAO

AValiação E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 5DOR

SENHA: 1230

ENCAMINHAMENTO: Consultório Clínica Médica

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE.....:

PACIENTE VITÍMIA DE COLISÃO MOTO-MOTO, EM USO DE CAPACETE.
EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO ASSOCIADO COM DESLOCAMENTO APARENTE

NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO.....:

ABCD NORMAL

SAT O2: 99%

FC: 74

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.:

TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

CID: s400

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURAÇÃO

PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Flávio Correia da Rocha, NACIONALIDADE:

brasileiro, ESTD, CIVIL, solteiro

PROFISSÃO: motorista, IDENTIDADE, 290873495

CPF: 762.146.353.53

ENDEREÇO: Rua Francisco Aldenor Porto 105

OUTORGADO:

NOME: Elinda Maria Seneiro do Rêgo, NACIONALIDADE,:

brasileira, EST. CIVIL, solteira

PROFISSÃO: construtora, IDENTIDADE, 2002010079936

CPF: 009.032.633.43

ENDEREÇO: Rua Dom Manoel, 139

Pelo Presente Instrumento Particular, de Procuração, nomeio e constituo meu Bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes

Especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT e suas respectivas consociadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao ortogado poderes para assinar, enviar e /ou requerer quaisquer documentos necessários juntos as seguradoras consociadas, incluindo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento desde mandato, a afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório- DPVAT

Para Vitima

Flávio Correia da Rocha

Data e Local Aracati 03 de abril de 2018

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECIDO FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Flávio Correia da Rocha



RECONHECIDA(S) FIRMA(S) POR
AUTENTICIDADE DE
FLAVIO CORREIA DA
ROCHA

Aracati, Aracati - CE 03/04/2018

Carimbo e Assinatura

Validade do documento com o selo de 4 meses

Joquim Ferreira Filho da Silva
Escritório Autenticar

Cartório
Costa Lima

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA