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 **WAQR.20.00169807-9** em **21/08/2020 11:57:34**.
- 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	: Aquiraz
Processo	: 0050315-87.2020.8.06.0034
Protocolo	: WAQR.20.00169807-9
Tipo da petição	: Contestação
Assunto principal	: Seguro
Data/Hora	: 21/08/2020 11:57:34

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*	: 2744982_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação	: 2744982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-15.pdf
Documentação	: 2744982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 16-33.pdf
Documentação	: 2744982_CONTESTACAO_Anexo_02 - 34-44.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

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 00503158720208060034

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 **JOSE RONIS DA SILVA LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **10/08/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/01/2019**.

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$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], 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/2015[2].

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas relatos, totalmente

[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;

unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência. Perceba ainda Exa., que há divergências entre a data do acidente informada na inicial e a contida no r. boletim de ocorrência.

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

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

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.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual 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 REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslindem da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência a capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

"RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014)."

"AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDINIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;" 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização , imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado)."

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

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 citação[4].

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 ação[5]

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.

---

[4] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[5] ***art. 1º . (...) §2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.***

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AQUIRAZ, 21 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **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 **JOSE RONIS DA SILVA LIMA**, em curso perante **a 2ª VARA CÍVEL** da comarca de **AQUIRAZ**, nos autos do Processo nº 00503158720208060034.

Rio de Janeiro, 21 de agosto 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

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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190457698

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01513/01514 - carta_03 - INVALIDEZ
00040757

Carta nº 14663415

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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190457698 **Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 17/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

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

Pag. 01897/01898 - carta_01 - INVALIDEZ
00020949

Carta nº 14663522

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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190457698 **Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 17/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01739/01740 - carta_02 - INVALIDEZ
00070870

Carta nº 14789236

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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190457698 **Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 17/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00735/00736 - carta_25 - INVALIDEZ
00040368

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

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190457698 **Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 17/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONIS DA SILVA LIMA

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE RONIS DA SILVA LIMA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **237**
Agência: **000005304-0**
Conta: **000009856-6**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Pag. 00241/00242 - carta_15R - INVALIDEZ
00030121

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:	Nome completo da vítima:
31904576985	074.501.933-10	JOSE RONIS DA SILVA LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSE RONIS DA SILVA LIMA — CPF: 074.501.933-10

Profissão: Servente — Endereço: Rua baixa grande Tapuio — Número: 0 — Complemento:

Bairro: Tapuio — Cidade: Aquiraz — Estado: Ceará — CEP: 61700-000

E-mail: ronisilva0434@gmail.com — Tel.(DDD): 85984334458

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

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 ababo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 317 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 31700027 4 (2) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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

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: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, 02/09/2019

Nome: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

CPF: 074-501-933-10

Jose Ronis da Silva Lima

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Ronis da Silva Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Maria das graças marinho Queiroz

CPF: 31870325320

Maria das graças marinho Queiroz

Assinatura

2ª | Nome: Monique Queiroz de Santana Lima

CPF: 02782183346

Monique Queiroz de Santana Lima

Assinatura

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.

ASL-0261468/19
amandha.tavares
31/10/2019 16:54:28

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPV

Autorizacao de pagamento

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 074.501.933.10	Nome completo da vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSE RONIS DA SILVA LIMA — CPF: 074.501.933.10

Profissão: CEUENTE — Endereço: BAIA GRANDE — Número: — Complemento:

Bairro: — Cidade: AQUIRAZ — Estado: CE — CEP: 61700000

E-mail: rotissilva0434@gmail.com — Tel.(DDD): (85) 984334458

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

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: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ **Não há IML** que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência **não** realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

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: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Aquiraz, 03 de julho de 2019

Nome: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

CPF: 074.501.933-10

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Ronis da Silva Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: MARIA DAS GRAÇA

CPF: 318.703.253-20

Assinatura

2º | Nome: MONIQUE QUEIROZ

CPF: 027.821.833-46

Assinatura

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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre **0** e **15** anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

Seguradora LÍDER

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:	Nome completo da vítima:
31904576988	074.501.933-10	JOSE ROVIS DA SILVA LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSE ROVIS DA SILVA LIMA — CPF: 074.501933-10

Profissão: Servente — Endereço: Rua baixa grande Tapuio — Número: 0 — Complemento:

Bairro: Tapuio — Cidade: Aquiraz — Estado: Ceará — CEP: 61700-000

E-mail: ronisilva0434@gmail.com — Tel.(DDD): 85864334458

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

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: 317 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 31700027-4 (2) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

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: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, 02/09/2019

Nome: JOSE ROVIS DA SILVA LIMA

CPF: 074-501-933-10

Jose Rovis da Silva Lima

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Rovis da Silva Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Maria das Graças Marques Queiroz

CPF: 31640325320

Maria das Graças Marques Queiroz

Assinatura

2ª | Nome: Monique Queiroz de Santana Lima

CPF: 02432183346

Monique Queiroz de Santana Lima

Assinatura

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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
Inquérito nº 2019.0470148

Boletim de ocorrencia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 187 - 16/7/2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 15/07/2019 15:31:42
Data / Hora da Ocorrência: 7/7/2019 22:52:00
Endereço da Ocorrência: RUA ALUÍSIO DE CASTRO
Complemento:
Bairro: TAPUIO Município: AQUIRAZ/CE
Ponto de Referência:

RECEBIDO
26 JUL 2019
Seguradora Líder DPVAT

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ ROMEU DA SILVA LIMA
Nascimento: 10/12/1997 CPF:
RG: 2008221M13 Órgão Emissor: SSPDC UF:
Filiação: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA
JOSÉ AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA JOSE ALTO MAGALHÃES
Bairro:
Município: PORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8723-2177

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ONDE O DECLARANTE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 ANO 2008 MODELO 2008 COR PRETA DE PLACA HVP 3343 PERTENCENTE AO PRÓPRIO CONDUTOR, SENTIDO AREA VERDE PARA TAPUIO QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO A PIZZARIA NICA E MARCA UM VEICULO CITROEN C3 VINDO EM DIREÇÃO CONTRARIA COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTOCICLETA DO DECLARANTE QUE FICOU PRESO AO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE,O DECLARANTE NARRA QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL DO ACIDENTE.O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO COTOVELO DIREITO,JOELHO DIREITO,PERNA DIREITA,QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HT CENTRO,QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ E MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA UM

DELEGACIA DISTRIBUIDORA: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106753-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____
ROBERTO ROBERTO LEMOS ALVES FERNANDES - MAT.: 103220477-X

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ
Inquérito nº 2019.0470148

Boletim de ocorrencia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 187 - 16/7/2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 15/07/2019 15:31:42
Data / Hora da Ocorrência: 7/7/2019 22:52:00
Endereço da Ocorrência: RUA ALUÍSIO DE CASTRO
Complemento:
Bairro: TAPUIO Município: AQUIRAZ/CE
Ponto de Referência:

RECEBIDO
26 JUL 2019
Seguradora Líder DPVAT

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ ROMEU DA SILVA LIMA
Nascimento: 10/12/1997 CPF:
RG: 2008221M13 Órgão Emissor: SSPDC UF:
Filiação: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA
JOSÉ AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA JOSE ALTO MAGALHÃES
Bairro:
Município: PORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8723-2177

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ONDE O DECLARANTE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 ANO 2008 MODELO 2008 COR PRETA DE PLACA HVP 3343 PERTENCENTE AO PRÓPRIO CONDUTOR, SENTIDO AREA VERDE PARA TAPUIO QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO A PIZZARIA NICA E MARCA UM VEICULO CITROEN C3 VINDO EM DIREÇÃO CONTRARIA COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTOCICLETA DO DECLARANTE QUE FICOU PRESO AO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE,O DECLARANTE NARRA QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL DO ACIDENTE.O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO COTOVELO DIREITO,JOELHO DIREITO,PERNA DIREITA,QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HT CENTRO,QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ E MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA UM

DELEGACIA DISTRIBUIDORA: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106753-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____
ROBERTO ROBERTO LEMOS ALVES FERNANDES - MAT.: 103220477-X

Comprovacao de ato declaratorio

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao Sr. **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA,** portador do RG n.º 20082121413, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 074.501.933-10, no dia 17/01/2019 às 22h42, no município de Aquiraz/CE, na Rua Aluísio de Castro, Bairro Tapuio, próximo ao Mercantil do Eugênio, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota.** E para constar eu, _____ Elietc Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 12 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 17/01/2019 23:36:04

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 703001879376271	NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				Registro: 5527515	
CPF: 07450193310	RG: 20082121413	D. NASC: 16/12/1997	ESTADO CIVIL:		SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA			NOME DO PAI: JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE ALVES MAGALHAES			Nº: S/N	BAIRRO: BARRA GRANDE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 987252177	MUNICÍPIO: AQUIRAZ		UF: CE	CEP: 61700000	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: MARIA DAS GRACAS MARREIRO QUEIROZ	PARENTESCO: TIA	TELEFONE: 98759 7427

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CODIGO DO CNAER:

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete

QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD

OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/CHOQUE

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

25/06/2019

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Comprovacao de ato declaratorio

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao Sr. **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA,** portador do RG n.º 20082121413, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 074.501.933-10, no dia 17/01/2019 às 22h42, no município de Aquiraz/CE, na Rua Aluísio de Castro, Bairro Tapuio, próximo ao Mercantil do Eugênio, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota.** E para constar eu, _____ Elietc Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 12 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 17/01/2019 23:36:04

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 703001879376271	NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				Registro: 5527515	
CPF: 07450193310	RG: 20082121413	D. NASC: 16/12/1997	ESTADO CIVIL:		SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA			NOME DO PAI: JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE ALVES MAGALHAES			Nº: S/N	BAIRRO: BARRA GRANDE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 987252177	MUNICÍPIO: AQUIRAZ		UF: CE	CEP: 61700000	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: MARIA DAS GRACAS MARREIRO QUEIROZ	PARENTESCO: TIA	TELEFONE: 98759 7427

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CODIGO DO CNAER:

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete

QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD

OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/CHOQUE

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

25/06/2019

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaracao de Inexistencia de IMR

O PEDIDO DO SEGURO DPVAT ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaracao de Inexistencia de IML

O PEDIDO DO SEGURO DPVAT ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

enel

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

CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | COF 05.106.048-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 562779711

Rota 35 20004 56 152600 - 5 Data de Emissão 19/02/2019

Nome ROZENIRA RABELO DA SILVA

End. Postal RU BAIXA GRANDE 00000
PORTO DAS DUNAS - AQUIRAZ - 61700000

Medidor 7665198 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO BAIXA RENDA

RG / CPF / CNPJ 509769743-04 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2019	21/03/2019	21/03/2019

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
189,48	12,00%	22,74

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

?I2.0F46.3023.0EDA.2C0F.6329.D4D4.0CE0

INDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso deste canhoto.

Conjunto ABAUTI
Mês Dez/2018 DIC: 8,08 H EUSD: 24,29

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	[illegible]	21,17	[illegible]	0,00	0,00	[illegible]
FIC	7,52	15,04	30,09	8,00	8,00	16,00
DMIC	5,56			8,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
P2	31053	30910	1,00	143	0,00	00 00 43	0,28695 0,42895 0,63508	7,00 29,03 27,31
	19/02/19	21/01/19		29 DIAS		143		64,34

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	64,34
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,87
MULTA MORATORIA REF 11/2018	1,59
JUROS DO MES	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,23
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,15

Comprovante de residencia

VENCIMENTO 01/04/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 89,22

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	23,60
Transmissão	2,22
Distribuição	13,45
Encargos Setoriais	3,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	33,19
TOTAL	75,36

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

143	143	177	133	161	136	160	135	129	133	147	135	137

CONSUMO CONSCIENTE | EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
15,83	0,00	0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
De dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LSIT BIMESTRAL ART 86 RES 414
Consta desta fatura R$ 5,95 referente a PIS e COFINS faixas: PIS:0,93% e COFINS:4,93%
Art. 9 Res. 140/2005 - ANEEL e Lei nº 10.637/02 e 10.833/03
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia eletrica deste unidade consumidora vencidas ate 31/12/2016, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaracao substitui quitacoes anteriores.

GOVERNO MUNICIPAL DE
AQUIRAZ
CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

DEMUTRAN
AQUIRAZ-CE

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

SOLICITANTE: José Ronis da Silva Lima		
RG: 2008212K413	ÓRGÃO EXP: SSP-CE	DATA EXP: 24.05.2012
CPF: 074.501933-40	DATA NASC: 16.12.1997	TELEFONE: 988497220

ENDEREÇO: Rua - José Alves Pereira - tapuio - AQUIRAZ

TIPO DA OCORRENCIA OU ACIDENTE TRÂNSITO:
( ) ATROPELAMENTO PEDESTRE/ANIMAL
( ) COLISÃO TRASEIRA
(X) COLISÃO FRONTAL
( ) ENGAVETAMENTO
( ) ABALROAMENTO LONGITUDINAL (COLISÃO LATERAL)
( ) ABALROAMENTO TRANSVERSAL (COLISÃO TRANSVERSAL)
( ) CHOQUE
( ) CAPOTAMENTO
( ) TOMBAMENTO
( ) SAÍDA DE PISTA
( ) QUEDA
( ) OUTROS (DESCREVA QUAL AS CARACTERISTICA DO ACIDENTE ABAIXO

Documentaçao medico - hospitalar

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DO ACIDENTE:

LOCAL DA OCORRENCIA:

DATA: 17.01.2019 HORA: 20:30 AGENTE: MARCIDE

DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/02/2019 HORA: 09:34

ATENDIDO POR: Marcelo MAT.

RECEPÇÃO AQUIRAZ
PROTOCOLO/RECEBIMENTO
DATA 15/02/19

Av. Nossa Senhora de Lourdes, s/n - Gruta - Aquiraz-CE - Brasil | CEP 61.700-000
Fone: 55 85 4062-8253 RAMAIS 15 OU 9191 | aquirazdemutran@gmail.com
www.aquiraz.ce.gov.br

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF – LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Façanha
Medico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.540

FORTALEZA, 15/2/2019

14:30 às 16h.

Vando / Ronis
9. 84336458

Prefeitura de Fortaleza

IJF

LAUDO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se internado neste hospital – IJF, setor traumatologia, unidade 12, leito 10 – devido a fratura de ossos da perna bilateral e cotovelo direito.

Paciente, em janeiro de 2019, apresentou fechada exposta de fêmur direito, fratura fechada de tíbia bilateral e cotovelo direito, tendo sido realizado tratamento cirúrgico à época em membros inferiores. Em 12/03/2019, foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de olecrano direito.

Mantém internado neste hospital aguardando cirurgia definitiva.

Sem previsão de alta para o momento.

Cid-10: S822, S50, S723

Fortaleza, 13/03/19

Jonatas Vasconcelos
Ortopedista Traumatologista
Médico Assistente
CREMEC 19437

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF – LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Façanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16540

FORTALEZA, 15/2/2019

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente:JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA, Documento Identidade Nº2008212141.3, Prontuário Médico Nº5527515 encontra-se internado neste Hospital desde:17/01/2019 leito 1210 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 26 de FEVEREIRO de 2019.

Corpo Médico do Hospital
Centro de Médico de Augusto Médico
Diretor - UTI

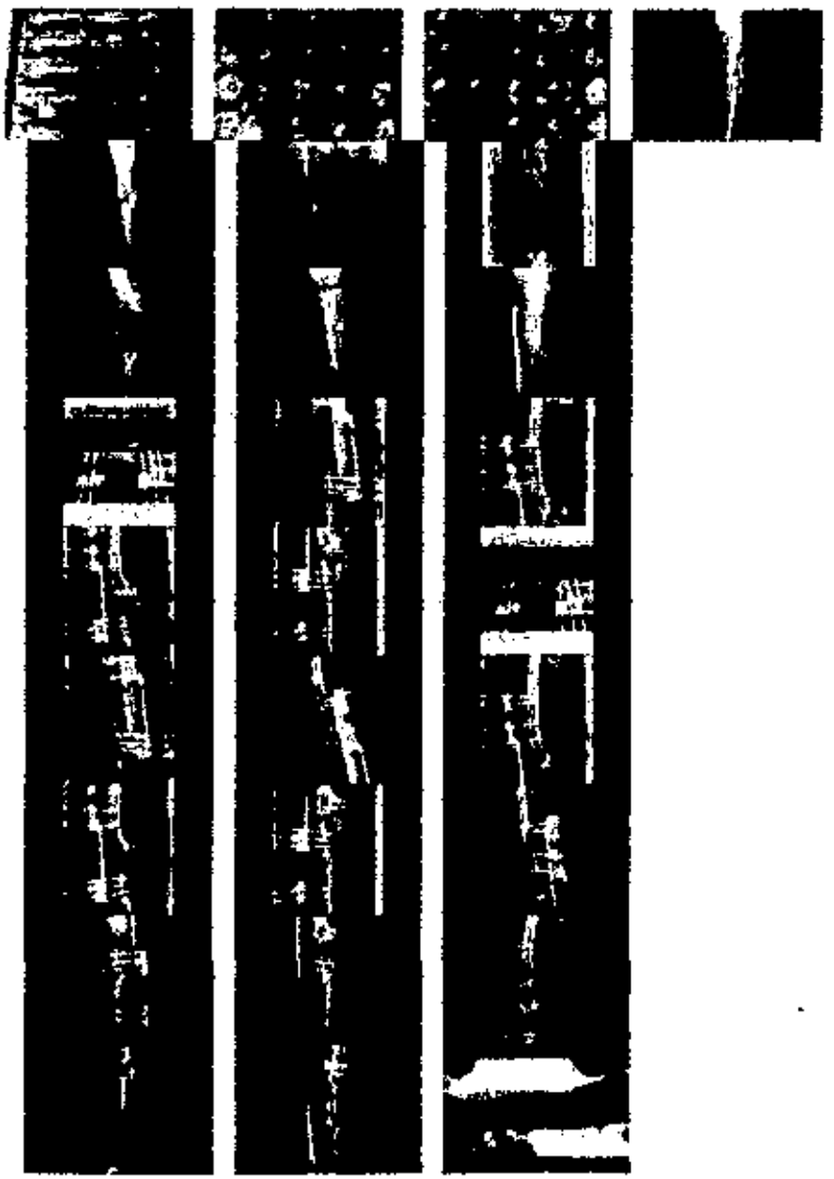
Responsável pela informação.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000 .

Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME:	JOSE ROME DA SILVA LIMA
LEITO	
DATA DE INTERNAÇÃO:	[illegible]
DATA DA ALTA	[illegible]
PRONT	[illegible]
ORIGEM DE ORIGEM	[illegible]
IDADE	[illegible]
DIAGNÓSTICOS	[illegible]
CONDUTA REALIZADA PARA CADA LESÃO	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA FEMUR ESQ. TIBIA E FIBULA ESQ. FEITO LAVAGEM DE DEBRIDAMENTO E COLOCADO FIXADOR EXTERNO NO DIA 15 APTO DESDE DE JOELHO SOLICITADO CONTROLADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO 21/08 COLOCADO DE PLACA EM TIBIA POR DR. VALMIR DO TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA NÃO FEZ USO. RETORNO DOS 15 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME MARCAÇÕES PREVIAS. TROCA REGULAR DE CURATIVO.
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:	
STAFF DO LEITO:	301
RESIDENTE DO LEITO	RESIDENTE INDEFINIDO

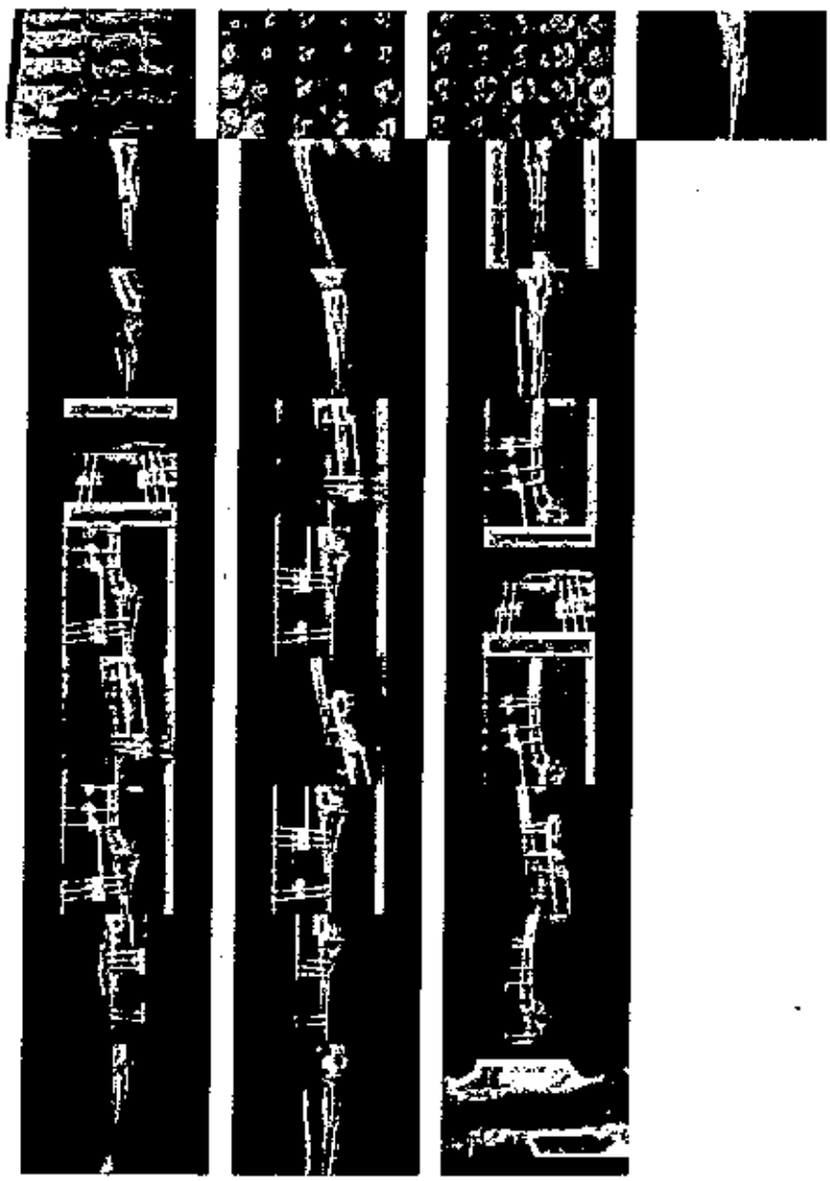


Imprimir

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 horas de PROTEÇÃO À Vida

Resumo de alta

NOME:	JOSE RONIS DA SILVA LIMA
LEITO:	
DATA DE INTERNACAO:	17/01/2019
DATA DA ALTA:	24/05/2019
BS/PRONT:	5527515
CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	21
DIAGNOSTICOS:	Fratura de diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura de diáfise da tíbia (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA FEMUR ESQ_ TIBIA BILATERAL, CIRURGIA DE OLECRANO D. C/ DR TADEU 22/03/19, 03/05/19 ARTRODESE DE JOELHO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/05 COLOCACAO DE PLACA EM TIBIA POR DR, VALMIR, CD: TOMAR MEDICACAO PRESCRITA, NAO PISAR, RETORNO COM 15 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR, VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME MARCACOES PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:	
STAFF DO LEITO:	391
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcaçi
MAPA DO DIA 07/02/2019 - Quinta-Feira								
159	1	07:30	1210	YURY FARIAS		PLACA BLOQ PARA FEMUR DISTAL + PLACA BLOQ PARA TIBIA PROXIMAL + HASTE DE TIBIA + CX DE GRANDES FRAG 4,5 + CX DE REDUÇÃO DE JOELHO E BACIA + PAR CANULADO 4,0 E 7,0 + CX MMII + KIT BASICO + TREPANO		CANCELADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								*Ma por CA HE D 17- 20 7:3*
MAPA DO DIA 12/03/2019 - Terça-Feira								
159	1	07:30	1210	DR.MANOEL AUGUSTO		CX PEQUENOS FRAGMENTOS BLOQUEADOS + FIO K 2.0 E 2.5+ ARCIFLEX + FIO DE CERCLAGEMCX PEQUENOS FRAG + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS,MARTELO,CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON	FRATURA DE OLECRANO	REALIZADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								*Ma por VIL AN NU 08- 20 15.*
MAPA DO DIA 22/03/2019 - Sexta-Feira								
159	1	07:30	1210	CLODOALDO JOSE DUARTE DE SOUZA		KIT PEQUENA CIRURGIA + ALICATE DE PRESSÃO	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS - RETIRADA DE FIO K EM JOELHO D	REALIZADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								*Ma por CA HE D 17- 20 7:3*
MAPA DO DIA 23/05/2019 - Quinta-Feira								
159	1	13:30	1202	YURY FARIAS	PEDRO RAFAEL REIS COELHO	CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS 4,5 (BIOIMPLANTES - PLACA TACO DE GOLF 4,5), CAIXA DE HASTE DE TIBIA (B2G), CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS CONVENCIONAIS (TRAUMABONE), OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETA, KI BASICO	MESA RADIOTRANSPARENTE+ INTENSIFICADOR DE IMAGENS BE:5527515	CANCELADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								*Ma por CA HE D 17- 20 7:3*
MAPA DO DIA 21/06/2019 - Sexta-Feira								
159	1	14:00	1202	VALMIR FERNANDES		CX BASICA TO PARA MMII + CX BASICA TO PARA MMSS + CX GRANDES FRAG + INTENSIFICADOR DE IMAGENS + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS,MARTELO,CURETAS E SACABOCADO + PLACA BLOQUEADA PARA TIBIA PROXIMAL/PLANALTO + TREPANO PNEUMATICO MACON		REALIZADA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome:
CRM: UF:
Endereço:
Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Endereço:

Prescrição:

1)XARELTO(10MG)_____01CX
TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.
2)NOVALGINA(1G)_____01CX
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Assinatura e Carimbo: _____ - Data: 24-06-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: ___/___/___

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: José Pinto da S. [illegible]			Nº AIH/RAE:
Paciente Externo? ☐Sim ☐Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐Masc. ☐Fem.

JUSTIFICATIVA

EXAMES RADIOLÓGICOS

[ ] Crânio	[ ] Face	[ ] Coluna Cervical __AP/P	[ ] Clavícula__AP	[ ] Coluna Dorsal AP/P
[ ] Tórax __AP/P	[ ] Ombro__AP/P	[ ] Braço __AP/P	[ ] Antebraço __AP/P	[X] Cotovelo D AP/P
[ ] Punho __AP/P	[ ] Mão __AP/OBL	[ ] Bacia AP	[ ] Quadril AP/AXIAL	[X] Fêmur D AP/P
[ ] Escanometria dos MMII	[X] Perna E AP/P	[X] Joelho D AP/P	[ ] Tornozelo __AP/P	[ ] Pé __AP/OBL
[ ]	[ ] e D	[ ]	[ ]	[ ]

EXAMES LABORATORIAIS

[ ] Hemograma	[ ] Glicemia	[ ] Uréia	[ ] Creatinina	[ ] Potássio
[ ] Cloro	[ ] Sódio	[ ] Plaquetas	[ ] Cálcio	[ ] TAP
[ ] PTTA	[ ] Lipase	[ ] Amilase	[ ] Colinesterase	[ ] Sumário de Urina
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

ULTRA-SONOGRAFIA

[ ] Fast	[ ] Abdome Total	[ ] Tórax	[ ] MSD [ ] MID [ ] MSE [ ] MIE	[ ] [ ]

OUTROS EXAMES

Dr. Victor [illegible] Guimarães
Ortopedista e Traumatologista
Médico Assistente
CRM 11550

Assinatura e Carimbo do Solicitante:	Data / /	Hora: h minutos

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (OPERADA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (OPERADA)

07.02.03.0945 - PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Ass.: Dr. Victor [illegible] CRM-RJ [illegible]

Retornar dia: / / Hora: para Dr. Dr. Valmir

Data 24/04/16

Imprimir

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

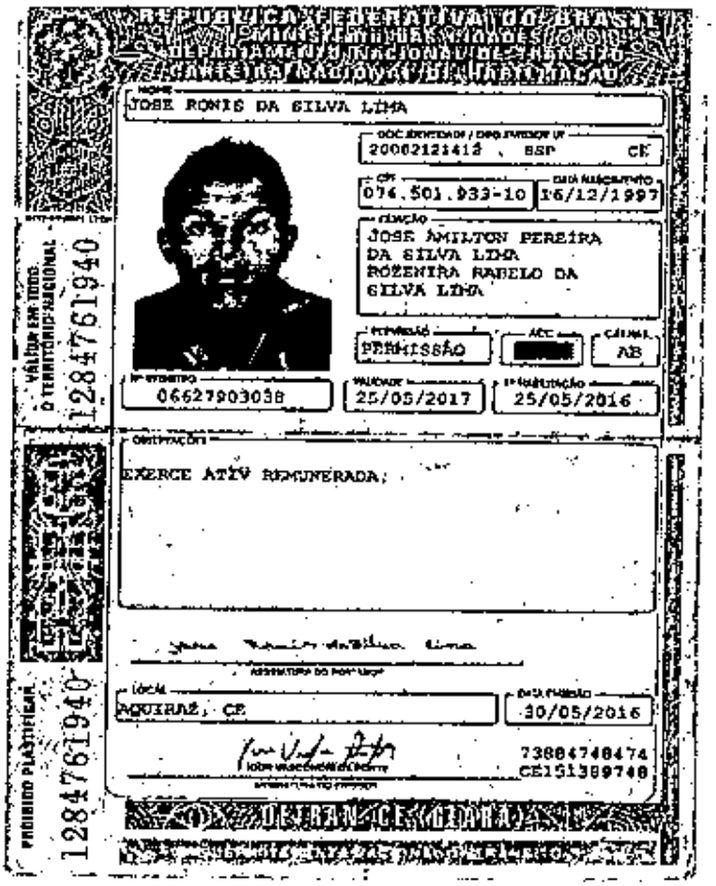
NOME:	JOSE RONIS DA SILVA LIMA
LEITO:	
DATA DE INTERNACAO:	17/01/2019
DATA DA ALTA:	24/06/2019
BE/PRONT:	5527515
CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	21
DIAGNOSTICOS:	Fratura da diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura da diáfise da tíbia (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA FEMUR ESQ., TIBIA BILATERAL. CIRURGIA DE OLECRANO D. C/ DR TADEU 22/03/19, 03/05/19 ARTRODESE DE JOELHO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/05 COLOCACAO DE PLACA EM TIBIA POR DR. VALMIR. CD: TOMAR MEDICACAO PRESCRITA. NAO PISAR, RETORNO COM 15 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME MARCACOES PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:	
STAFF DO LEITO:	301
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO

Ass. Médico responsável
Prof:

Retornar dia: __/__/__ Hora: _____ para
Dr. Valmir / Dr. Juvencio e Dr. Tadeu

Data: 24/06/19

Dispensa do trabalho por: 120 dias



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

NOME
JOSE RONIS DA SILVA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
20062121412 SSP CE

CPF
074.501.933-10

DATA NASCIMENTO
16/12/1997

FILIAÇÃO
JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06627903038

VALIDADE
25/05/2017

1ª HABILITAÇÃO
25/05/2016

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

[redacted]
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
AQUIRAZ, CE

DATA EMISSÃO
30/05/2016

[redacted]
ASSINATURA DO EXAMINADOR

73884748474
CE151389748

DETRAN CEARÁ

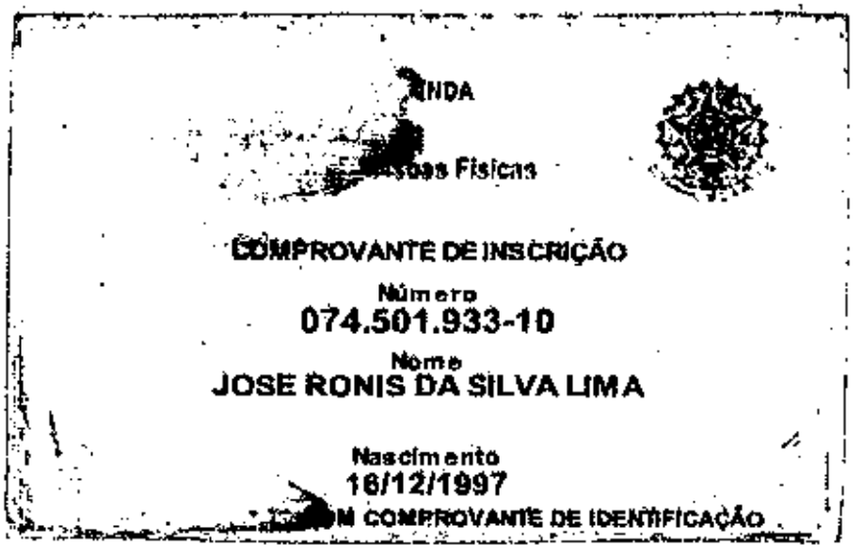
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

12847619 40

12847619 40

Documentos de identificação



NDA

oas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

074.501.933-10

Nome

JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Nascimento

16/12/1997

M COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190457698

Nome do(a) Examinado(a): JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): BAIXA GRANDE, 0, , 61.700-000, SN, Aquiraz/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS CE / 200822121413

Data e local do acidente: 17/01/2019 - Aquiraz/CE

Data e local do exame: 28/09/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do olecrano direito, fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação das fratura e medicamentoso. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no cotovelo direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 90°, extensão aos 20°, pronação aos 30°, supinação aos 20°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, em grau leve.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta em membro superior direito, com redução da força e mobilidade.

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Membro Superior Direito - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:
Periciado evolui com importante hipotrofia muscular e diminuição de força no membro superior direito. Com relação a fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda permanece em período de convalescença das lesões, estando em tratamento com fixador externo em membro inferior direito e no membro inferior esquerdo evoluiu com retardo de consolidação. Retorno em 150 dias.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261468/19

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do acidente: 17/01/2019

CPF: 074.501.933-10 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

JOSE RONIS DA SILVA LIMA : 074.501.933-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

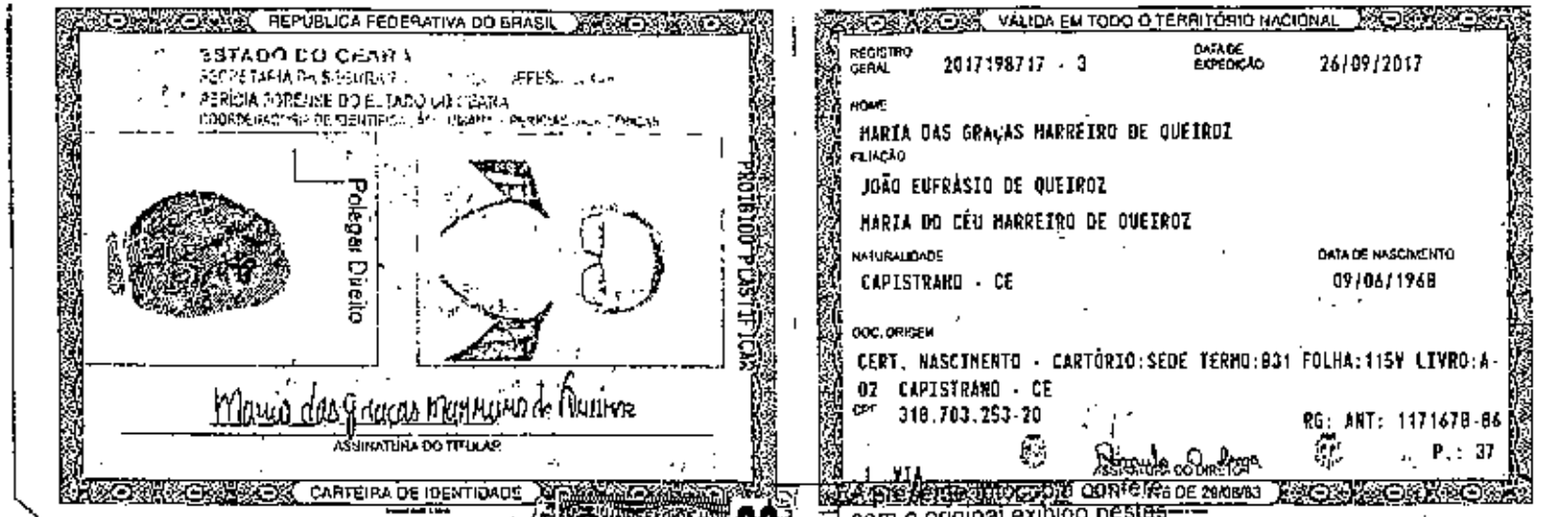
Data da entrega: 31/07/2019
Nome: JOSE RONIS DA SILVA LIMA
CPF: 074.501.933-10

JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA [illegible]

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO [illegible]

Polegar Direito

Maria das Graças Marreiro de Queiroz

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017198717 - 3

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2017

NOME

MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ

FILIAÇÃO

JOÃO EUFRÁSIO DE QUEIROZ

MARIA DO CÉU MARREIRO DE QUEIROZ

NATURALIDADE

CAPISTRANO - CE

DATA DE NASCIMENTO

09/06/1968

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:831 FOLHA:115V LIVRO:A-02 CAPISTRANO - CE

CPF 318.703.253-20

RG: ANT: 1171678-86

P.: 37

ASSINATURA DO DIRETOR

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

03

CARTÓRIO FLORENCIO - 2º OFÍCIO

AQUIRAZ - CE

FONE: 3361-2021 / 3361-2015

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Aldione Martins Florêncio - Titular

Hermenegildo Florêncio Marques Batista

Bel. Adriana Martins Florêncio

Maria de Lourdes Tavares Ferreira

Marcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente

Substitutos Respondendo pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI

Thaynne Euridio

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

03

CARTÓRIO FLORENCIO - 2º OFÍCIO

AQUIRAZ - CE

FONE: 3361-2021 / 3361-2015

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Aldione Martins Florêncio - Titular

Hermenegildo Florêncio Marques Batista

Bel. Adriana Martins Florêncio

Maria de Lourdes Tavares Ferreira

Marcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente

Substitutos Respondendo pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI

Thaynne Euridio

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

318.703.253-20

Nome

MARIA DAS GRACAS MARREIRO DE QUEIROZ

Nascimento

09/06/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

confere

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polegar Direito

Monique Queiroz de Santana Lima

ASSINATURA DO TITULAR

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2005015019960 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/08/2017

NOME
MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

FILIAÇÃO
MOISES JOAQUIM DE SANTANA
MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
20/11/1987

DOC ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:5 ZONA TERNO:19664 FOLHA:164
LIVRO:B-34 FORTALEZA - CE

CPF 027.821.833-46

2ª VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 190

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTÓRIO FLORIANO
A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Sahsta
Bel. Adriano Martins Florêncio
Maria de Lourdes Tavares Ferreira
Marcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substitutos Respondendo pelo Titular

CARTÓRIO FLORIANO - 2º OFÍCIO
AQUIRAZ - CE
FONE: 3351-2021 / 3351-2015

03

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

CONFERE E RUBRIQUE

Thayane Emidio

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
027.821.833-46

Nome
MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

Nascimento
20/11/1987

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.
15 JUL 2019
Alcione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Sahsta
Bel. Adriano Martins Florêncio
Maria de Lourdes Tavares Ferreira
Marcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substitutos Respondendo pelo Titular
CARTÓRIO FLORIANO - 2º OFÍCIO
AQUIRAZ - CE
FONE: 3351-2021 / 3351-2015
03
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

NÚCLEO DE ARRECADAÇÃO

EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS

EXTRATO GERADO EM: 02/05/201

Nº DAE SEFAZ:	Nº documento:	Último Lic.:
2019.86.1218718-32	4.90500483-7	2018
Data emissão:	**Nº atendimento:**	**Código placa:**
02/05/2019 08:38:03		0825163343-3

Nome Proprietário / Solicitante:	CPF / CNPJ:
JOSE RONIS DA SILVA LIMA	074.501.933-10

Placa:	Chassi:	Município:	Marca / Modelo:
HYP3343	9C2JC30708R555817	FORTALEZA	HONDA/CG 125 FAN

Descrição (Taxa / Multa)	Data Infração	Vencimento	Valor (R$)	* Valor a pagar (R$)
253 | EXPEDIÇÃO DE CRV/CRLV (1)				21,30
301 | LICENCIAMENTO DE MOTO 2019 (1)				106,52

OBS:
Valores Válidos até o dia 10/05/2019

ATENÇÃO:
Portar extrato pago, por 60 dias, anexo ao CRLV/2018, até receber o CRLV/2019.
Não o recebendo no prazo, procure o Detran Imediatamente.

Multas em Processamento e em Defesa Prévia Serão Cobradas Posteriormente
* As multas ocorridas a partir de 01/11/2016 e pagas em atraso serão atualizadas com base na taxa SELIC conforme Resolução CONTRAN 619, de 06/09/2016, Seção II, Art 21.

RESUMO	
TAXAS	127,82
MULTAS	0,00
301 DETRAN	0,00
312 PRF/RENAINF	0,00
313 PREF.	0,00
Total à Pagar	127,82

Página Extrato	Credenciado	Atendente	Débito IPVA
1/1	NAO	GETRAN	NAO

856400000019 278200062018 905102019866 121871832006

Autenticação Mecânica — Via Usuário

NÚCLEO DE ARRECADAÇÃO

EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS

EXTRATO GERADO EM: 02/05/201

Data emissão:	Nº DAE SEFAZ:		Nº Documento
02/05/2019 08:38	2019.86.1218718-32		4.90500483-7
Chassi / CPF:	**Placa:**	**Débito**	**Nº Atendimento**
9C2JC30708R555817	HYP3343	NAO	

Nome Proprietário / Solicitante:	JOSE RONIS DA SILVA LIMA
Atendente:	GETRAN
	Taxas: 253 254 301 253 254 301

MULTAS			Total Multas (R$):	Total Taxas (R$):	Total a Pagar (R$):
DETRAN - 301	PRF/RENAINF - 312	PREFEITURA - 318			
0,00	0,00	0,00	0,00	127,82	127,82

856400000019 278200062018 905102019866 121871832006

Autenticação Mecânica — Via DETRAN / Registro

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

LOTERIAS: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

122-867263564-1

02/mai/2019 HORA DF 08:55:19

LOT. 05.007789-9 TERM 0429

LOCALIDADE: EUSEBIO

AG. VINCULADA: 4254

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
SECRETARIA DA FAZENDA DO CE

VALOR DO PAGAMENTO: 127,82

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT	Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
SEGURADORA LÍDER	Data emissão: 11/02/2019	Código placa: 0825163343-3
	Hora: 08:15:29	Código taxa: 301

Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				CPF / CNPJ: 074.501.933-10
Placa: HYP3343		Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		Chassi: 9C2JC30708R555817
Ano fabricação: 2008		Ano / Modelo: 2008		Renavam: 959128905
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISOF (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R$): 84,58	Código corretor: SUSEP

***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL) Via Usuário

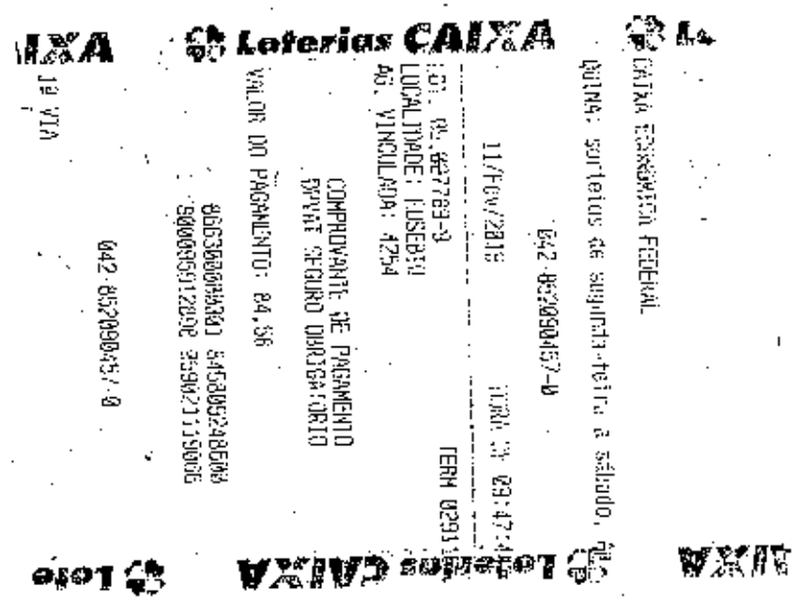
866300000001 845809248600 800095912898 059021119066 Autenticação Mecânica

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT	Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
SEGURADORA LÍDER	Data emissão: 11/02/2019	Código placa: 0825163343-3
	Hora: 08:15:29	Código taxa: 301

Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				CPF / CNPJ: 074.501.933-10
Placa: HYP3343		Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		Chassi: 9C2JC30708R555817
Ano fabricação: 2008		Ano / Modelo: 2008		Renavam: 959128905
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISOF (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R$): 84,58	Código corretor: SUSEP

***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL) Via LÍDER

866300000001 845809248600 800095912898 059021119066 Autenticação Mecânica



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457698 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olecrano direito, fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 90°, extensão aos 20°, pronação aos 30°, supinação aos 20°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, em grau leve.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do olecrano direito, fratura do fêmur distal direito associado a fratura da tíbia proximal e fratura da tíbia proximal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 17/01/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação das fraturas e medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro superior direito apresentou importante hipotrofia muscular e diminuição de força e mobilidade no membro. Com relação às demais lesões, permanece em período de convalescença das lesões. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro superior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as
lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro superior direito, em grau leve, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457698 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA BILATERAL
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO E ARTRODESE DO JOELHO ESQUERDO / PLACA E PARAFUSOS NA TÍBIA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6/7/8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ** BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO ACOSTADO NA ABA: DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML , PÁG 2.

(*) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**42,5 %**	**R$ 5.737,50**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261468/19

Número do Sinistro: 3190457698

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Data do acidente: 17/01/2019

CPF: 074.501.933-10

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
Outros

JOSE RONIS DA SILVA LIMA : 074.501.933-10

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: JOSE RONIS DA SILVA LIMA
CPF: 074.501.933-10

JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves