



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **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](#)



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

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

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

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, CPC³.

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

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

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 inexistente 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, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 deslinde 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 INDENIZAÇÃO 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 citação⁴.

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 ação⁵

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ 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

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



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

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

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



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



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: 3190451698 CPF da vítima: 074.501.933-10 Nome completo da vítima: JOSE RONIS DA SILVA LINA

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

Nome completo: JOSE RONIS DA SILVA LINA CPF: 074.501.933-10
Profissão: Servente Endereço: Rua baixa grande Tapuió Número: 0 Complemento:
Bairro: Tapuió Cidade: Aguimuz 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 abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 317 CONTA: 317000274 2
(Informar o dígito se existir) (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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 LINA

CPF: 074.501.933-10

JOSE RONIS DA SILVA LINA

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE RONIS DA SILVA LINA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Márcio das graças marinho Pinho
CPF: 318703253-20

Márcio das graças marinho Pinho
Assinatura

2ª Nome: Monique de Jesus de Santana Lima
CPF: 027821833-46

Monique de Jesus de Santana Lima
Assinatura

(*) 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

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

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.

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

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

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



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

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

Nome completo: JOSE RONIS DA SILVA LIMA CPF: 074.501.933.10
Profissão: CEUENTE Endereço: BAIA GRANDE Número: Complemento:
Bairro: Cidade: AQUIDAUZ Estado: CE CEP: 61700000
E-mail: ronissilva043@gmail.com Tel. (DDD): 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

Autorizo a Seguradora 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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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: Aquidauz, 23 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: MARIA DAS GRACAS
CPF: 318.703.253-20

Assinatura

2ª Nome: MONIQUE QUEIROZ
CPF: 027.821.833-46

Assinatura

(*) 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.seguradorailder.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.

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: <u>3190457698</u>	CPF da vítima: <u>074.503.933-10</u>	Nome completo da vítima: <u>JOSE ROVIS DA SILVA LINA</u>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <u>JOSE ROVIS DA SILVA LINA</u>		CPF: <u>074.503.933-10</u>
Profissão: <u>Servente</u>	Endereço: <u>Rua baixa grande Tapuió</u>	Número: <u>0</u> Complemento:
Bairro: <u>Tapuió</u>	Cidade: <u>Aguiniaz</u>	Estado: <u>Pernambuco</u>
E-mail: <u>ronisilva0434@gmail.com</u>	CEP: <u>63700-000</u>	Tel.(DDD): <u>85</u> <u>9334458</u>

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 CONTA: 317000274 2
(Informar o dígito se existir) (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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 LINA
 CPF: 074.503.933-10
Jose Ravis da Silva Lina
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Ravis da Silva Lina
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Maria das Graças Mariano Pinho
 CPF: 318703253-20
Maria das Graças Mariano Pinho
 Assinatura

2ª Nome: Monique Delac de Santana Lima
 CPF: 024321833-46
Monique Delac 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.**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 187 - 65741 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/07/2019 08:11:42
Data / Hora da Ocorrência: 17/07/2019 22:12:00
Endereço da Ocorrência: RUA ALBINO DE CASTRO
Complemento:
Bairro: TAPUIU
Município: AQUIDAUANA/CE
Ponto de Referência:

RECEBIDO

26 JUL 2019

Corredora Líder DPVAT

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: JONILSON DA SILVA LIMA
Nascimento: 10/12/1997 CPF:
RG: 2004222443 Orgão Emissor: SSP/CE UF:
Filiação: ROZENNA RAFAEL DA SILVA LIMA
JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA JOSE ALTO MAGALHÃES
Bairro:
Município: FORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8725-2177

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE O DECLARANTE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 ANO 2008 MODELO 2008 COR PRETA DE PLACA HYP 3343 PERTENCENTE AO PRÓPRIO CONDUTOR, SENTIDO ÁREA VERDE PARA TAPUIU QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO A PIZZARIA MICA E MARCIA UM VEÍCULO CITROEN C3 VINDO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTOCICLETA DO DECLARANTE QUE FICOU PRESO AO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE, O DECLARANTE NARRA QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECERAM NO LOCAL DO ACIDENTE. O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO COTOVELO DIREITO, JOELHO DIREITO, PERNA DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HCT CENTRO, QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ E MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIDAUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO EUDES MENEZES - MAT. 106293-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO ADELINO OLIVEIRA FERNANDES - MAT. 101224-7-4



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 187 - 65741 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/07/2019 08:11:42
Data / Hora da Ocorrência: 17/07/2019 22:12:00
Endereço da Ocorrência: RUA ALBINO DE CASTRO
Complemento:
Bairro: TAPUIU
Município: AQUIDAUANA/CE
Ponto de Referência:

RECEBIDO

26 JUL 2019

Corredora Líder DPVAT

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: JONAS ROME DA SILVA LIMA
Nascimento: 10/12/1997 CPF:
RG: 20082221413 Orgão Emissor: SSP/CE UF:
Filiação: ROZENNA RAFAEL DA SILVA LIMA
JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA JOSE ALTO MAGALHÃES
Bairro:
Município: FORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8725-2177

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE O DECLARANTE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 ANO 2008 MODELO 2008 COR PRETA DE PLACA HYP 3343 PERTENCENTE AO PRÓPRIO CONDUTOR, SENTIDO ÁREA VERDE PARA TAPUIU QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO A PIZZARIA MICA E MARCIA UM VEÍCULO CITROEN C3 VINDO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTOCICLETA DO DECLARANTE QUE FICOU PRESO AO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE, O DECLARANTE NARRA QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECERAM NO LOCAL DO ACIDENTE. O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU VÁRIAS 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 LIMA.

DELEGACIA DESTINADA: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIDAUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO EUDES MENEZES - MAT. 106293-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO ADELINO OLIVEIRA FERNANDES - MAT. 101224-7-0



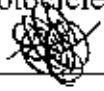
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



Comprovação de ato declaratório



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,  Eliete 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 23:34:04	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 703001878378271		NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				Registro: 5527515	
CPF: 07450193310		RG: 20082121413		D. NASC: 10/12/1997		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: BADA GRANDE
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 987252177		MUNICÍPIO: AQUIDAUZ		UF: CE	CEP: 01700000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIA DAS GRACAS MARREIRO QUEIROZ				PARENTESCO: TIA		TELEFONE: 98725 7427	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISÃO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMOIDADES/CHOQUE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros		Escrito por: Sem dar		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



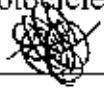
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



Comprovação de ato declaratório



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 Alufcio 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,  Eliete 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 23:34:04	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 703001878378271		NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				Registro: 5527515	
CPF: 07450193310		RG: 20082121413		D. NASC: 10/12/1997		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: BADA GRANDE
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 987252177		MUNICÍPIO: AQUIDAUZ		UF: CE	CEP: 01700000
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIA DAS GRACAS MARREIRO QUEIROZ				PARENTESCO: TIA		TELEFONE: 98725 7427	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISÃO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMOIDADES/CHOQUE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros		Escrito por: Sem dar		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Declaração de Inexistência de IML



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



Declaração de Inexistência de IML



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

WAMP SEP 2007 21:21:21

පරම පුරාතම සෙමිනිස් කැණීමකින්, බිලියම් ෪ ක් වන පරිදි පුළුල් ලෙස ඉතිරි කර තිබෙනු පෙනේ.

CEP 60135-040 | Fort Lauderdale
CNPJ 07.047251/0001-70 | CNF 05.406.048-9

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 562779/13

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

Nome ROZENTRA RABELO DA SILVA

End Postal RU BAIXA GRANDE 00000

End. Postal RO BRILHA GRANDE 88888
PORTO DAS DUNAS - AQUIRAZ - 61700000

Meridior 7665198

Prusa 0200 0100

Medidor 700.322

RG / CPF / CNPJ 509769713-04

CGF

Nome do Responsável

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Letura
Fev/2019	21/03/2019	21/03/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta carta.

Confund

1987/88

FILE: 75,29

Misch

01001 0.00 F

Base de Cálculo (IRPJ)	Alíquota	Valor do Imposto
100,00	16,00%	16,00

	Pooled Individual			Average Individual		
	Month	Time	Actual	Month	Time	Actual
DIC	15.35	21.47	12.73	2.00	0.00	27.00
FIC	7.52	15.64	36.90	2.00	2.00	18.00
DMIC	5.58			6.00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

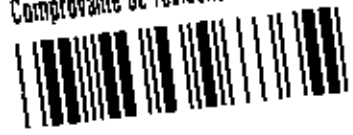
7112, 0746, 3123, 0624, 2005, 0329, 1994, 0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Corret.	Consumo (kWh)	Cons. Inst.	Cobrança	For.	Surto (R\$) (VLR)	Valor (R\$)	
FE 31053	30310	1,00	143	0,00	30	74	43	0.24693	7.40
								0.42895	29.13
								0.63504	27.21
15/02/19	21/01/19		29 DIAS		143				64.34
									VALOR (R\$)

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	64,34
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,87
MULTA MORATORIA REF 11/2018	1,59
JUROS DO MÊS	0,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,25
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	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia	142
Tramitação	143
Distribuição	177
Incarregos Setoriais	133
Tributas (ICMS PIS/COFINS)	161
TOTAL	136
	160
	135
	129
	138
	147
	133
	117

CONSUMO CONSISTENTE EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitida kg (CO ₂)	Compensada kg (CO ₂)	Conservação Ecológica (%) CO ₂
55.83	0.00	8%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

*PARA CANCELAR SU CUENTA EN DEBITO AUTOMATICO UTILICE

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. Ministério da saúde. Gov. Federal

De dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

ANAO FOI POSSIVEL COLOCAR LEITURA POR: INT MEDIA-LEIT BIMENTAL ANT 06 RES 414

Consta desta fatura R\$ 5,95 referente a FTS e CUFINS. Atencamente: FTS: 0,95% e CUFINS: 4,95%

Caro Cliente, informamos que a partir de 30/12/2016, as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade por sua comodidade, serão emitidas diretamente para o titular da conta de energia elétrica desta unidade por sua comodidade, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui todas as anteriores.

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

SOLICITANTE: <i>Jose Romis da Silva Lima</i>		
RG: <i>2008212413</i>	ÓRGÃO EXP: <i>SSP-CE</i>	DATA EXP: <i>24.05.2012</i>
CPF: <i>074.50193-0</i>	DATA NASC: <i>16.12.1997</i>	TELEFONE: <i>988497220</i>

ENDEREÇO:
Rua - José Alves Pereira - Tapui - Aquiraz

TIPO DA OCORRÊNCIA OU ACIDENTE TRÂNSITO:

() ATROPELAMENTO PEDESTRE/ANIMAL
 () COLISÃO TRASEIRA
☒ COLISÃO FRONTAL
 () ENGAVETAMENTO
 () ABALROAMENTO LONGITUDINAL (COLISÃO LATERAL)
 () ABALROAMENTO TRANSVERSAL (COLISÃO TRANSVERSAL)
 () CHOQUE
 () CAOTAMENTO
 () TOMBAMENTO
 () SAÍDA DE PISTA
 () QUEDA
 () OUTROS (DESCREVA QUAL AS CARACTERÍSTICA DO ACIDENTE ABAIXO)

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DO ACIDENTE:

Documentação médica - hospitalar



LOCAL DA OCORRÊNCIA:

DATA: *17.01.2019* HORA: *20:30* AGENTE: *M. HEIDE*

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

ATENDIDO POR: *Marcelo* MAT. _____

PROTOCOLO/RECEBIMENTO
DATA: *15.02.19*



**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 Facanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.520

FORTALEZA, 15/2/2019

14:30 às 16h.

Vando J. Ronis
9.84334458



Prefeitura de
Fortaleza

UF

HOSPITAL DE CLÍNICA - HCL

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 tibia 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 Residente
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 Facanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CRM-16.540

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.

*Responsável Médico do Hospital
Clínico de Medicina de Urgência Médico
Jorge - UF*

Responsável pela informação.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

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

455

217A 25 4- 4' 27" 5

44-6529-2-1

RECEIVED 22 APR 1971

000000 000000

Case 2:25-cv-01007 Document 1-1 Filed 07/22/25 Page 1 of 1

DIAGNOSTICS - Shows the status of the OPERATOR, ENGINEER and the AVAILABLE FILE OF THE TERMINAL, a table of the OPERATOR'S RECORDS.

TABLE 1
FREQUENCY OF VARIOUS TYPES OF MENTAL DISORDERS

SECRET
EXCLUDED FROM RELEASE UNDER E.O. 1.35262

04/24/2024 10:07:27 AM

000000 CON CRYSTAL STRUCTURE OF ANIONIC

ESTADÍSTICA DE PLACA EN FUNCIÓN DE VALOR DE TONAJE.

⁴ MEDICACAO PRESCRITA 140 PISAR, SETEMBRO DE 1975, 15 DIAS P.

4/28 PLATORIO DO DR VALMIR E DR TADEU E JUVENIO CONFORME

MARCACOES PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.

STAFF Q&A

**OPERAU NA
EMERGENCIA:**

STAFF DO 301

LEPO:

RESIDENTE **RESIDENTE**

ES LETHO MCEFNDC

Resumo de alta

NOME: JOSÉ ROCHA DA SILVA LIMA

LEITO:

DATA DE
INTERNAÇÃO: 17/01/2018

DATA DA ALTA: 24/05/2018

BS/PRONT: 5527515

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura da diáfise da tíbia (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)

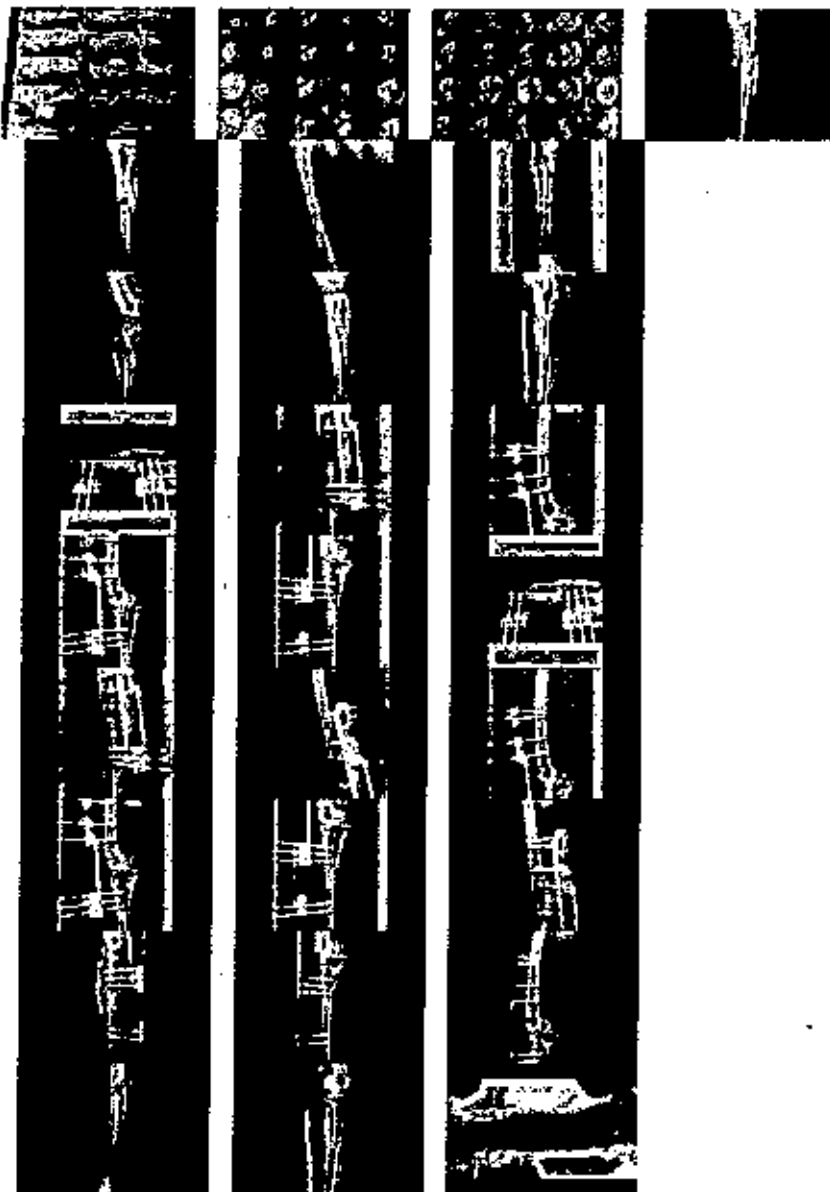
CONDIÇÃO
DECIDIDA
PARA CADA
LESÃO:

PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA FEMUR ESQ. TIBIA BILATERAL. CIRURGIA DE OLECRANO D. C/ DR TADEU 22/03/18, 03/05/18 ARTRODIESE DE JOELHO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/06 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 MARCACÕES 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	Letra	Staff	Residentes	Materiais	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 07/02/2019 - Quinta-Feira								
159	1	07:30	1210	YURY FARIAS		PLACA BLOC PARA FEMUR DISTAL + PLACA BLOC 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)								
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 CERCLAGEM CX 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 TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 22/03/2019 - Sexta-Feira								
159	1	07:30	1210	CLODOLDO JOSE DUARTE DE SOUZA		KIT PEQUENA CIRURGIA + ALICATE DE PRESSÃO	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS - RETIRADA DE FIO K EM JOELHO O	REALIZADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
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, KIT BASICO	MESA RADIOTRANSARENTE+ 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)								
MAPA DO DIA 21/06/2019 - Sexta-Feira								
159	1	14:00	1202	VAI MIR FERNANDES		CX BASICA TO PARA MMII + CX BASICA TO PARA MÍSS + 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: JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA

Endereço:

Prescrição:

1) XARELTO (10MG) 04CX
TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS.
2) NOVALGINA (1G) 04CX
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Assinatura e Carimbo

Victor F. de S. - CRM 31005
Osteomédico, Farmacologia
Nº 02.000.000-0
C.R.O. RJ - 12.283

- Data: 24-09-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Identi. Org. Emissor:	
End:	
Cidade:	
Telefone:	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: / /



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Jose Ruan da S. Lima</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO <u>7</u>	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
EXAMES RADIOLOGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☒ Pernas AP/P	☒ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fasl	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD
			☐ MSE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data / /	Hora: h minutos

Dias					Residentes	Material	Observação	Status da marcação	
Int.	#	Hora	Leito	Staff					
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)									
								M:	
								pu	
								VII	
								At	
								NI	
								24	
								20	
								15	

Dr. Victor Antonio Martins Ortopedia e Traumatologia Médico Assistente CRBMF 15504	Retornar dia: _____ Hora: _____ para Dr. <u>Frederico, Dr. Valmir</u> <u>Dr. Tadeu</u>
Ass.: <u>[Assinatura]</u> Data: <u>26/01/16</u>	

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 17/01/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/06/2019

BE/PRONT: 5527515

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura da diáfise da tíbia (AGUARIJA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)

CONDUTA: PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA

DECIDIDA: EXPOSTA FEMUR ESQ., TIBIA BILATERAL. CIRURGIA DE OLECRANO

PARA CADA: D. C/ DR TADEU 22/03/19, 03/05/19 ARTRODESE DE JOELHO

LESÃO: ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/05

CÓLOCACAO DE PLACA EM TIBIA POR DR. VALMIR. CD: TOMAR

MEDICACAO PRESCRITA. NAO PISAR, RETORNO COM 16 DIAS P/

AMBULATORIO DO DR. VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME

MARGACÕES PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO 301

LEITO:

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO

Ass. Vig. Dr. [Assinatura]	Retornar dia: [Assinatura] Hora: [Assinatura] para
Data: 24/06/19	Dispensa do trabalho por: 120 dias

END

Estados Fisica

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
074.501.933-10

Nome
JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Nascimento
18/12/1997

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**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 atrofia 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. Nexa 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem 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 às 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.



Dr. Greiv Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261468/19

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

CPF: 074.501.933-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

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

JOSE RONIS DA SILVA LIMA : 074.501.933-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

 Polegar Direito

 Polegar Esquerdo

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

OCC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 831 FOLHA: 115V LIVRO: A-02 CAPISTRANO - CE
CPF 318.703.253-20 RG: ANT: 1171678-86

ASSINATURA DO DIRETOR

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICAÇÃO



com o original exibido nestas
notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Akiane Martins Florença - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel Adriano Martins Florença
Mara de Lourdes Tavares Pereira
Márcos Cesar Rêgo de Alencar - Escrivão
Substituto Respondendo pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI
Thayane Emídio

VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICAÇÃO



Akiane Martins Florença - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel Adriano Martins Florença
Mara de Lourdes Tavares Pereira
Márcos Cesar Rêgo de Alencar - Escrivão
Substituto Respondendo pelo Titular

15 JUL 2019

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
318.703.253-20

Nome
MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ

Nascimento
09/06/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONFERI E RUBRIQUEI
Thayane Emídio

Testemunhas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PAÍS: BRASIL

ESTADO: CEARÁ

MUNICÍPIO: AQUIDAUANA

CEP: 63.100-000

POLEGAR: Direito

Monique Queiroz de Santana Lima

ASSINATURA DO TITULAR

PAÍS: BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2005015019960

DATA DE EMISSÃO: 23/08/2017

NOME: MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

FILIAÇÃO: MOISES JOAQUIM DE SANTANA

MARIA DAS GRAÇAS HARREIRO DE QUEIROZ

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1987

DOC. ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 5 ZONA TERMO: 19664 FOLHA: 164

LIVRO: 8-34 FORTALEZA - CE

CPF: 027.821.833-46

2ª VIA

Assinado O Direto

ASSINATURA DO DIRETOR

P: 190

CE Nº 7.116 DE 28/06/83

VALIDO SOMENTE PARA AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

CARTÓRIO FLUENTIAU - 7.011

AQUIRAZ - CE

FONE: 3361-2011 / 3361-2015

Apresentamos a presente fotocópia com o original exibido nestas notas. Dou fé. Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alicione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel. Adriano Martins Florêncio
Mena de Lourdes Tavares Ferreira
Mendonça Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

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 contém com o original exibido nestas notas. Dou fé. Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alicione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel. Adriano Martins Florêncio
Mena de Lourdes Tavares Ferreira
Mendonça Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

VALIDO SOMENTE PARA AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

CARTÓRIO FLUENTIAU - 7.011

AQUIRAZ - CE

FONE: 3361-2011 / 3361-2015



EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS

Nº DAE SEFAZ:
2019.86.1218718-32

Nº documento:
4.90500483-7

Último Lic.:
2018

Data emissão:
02/05/2019 08:38:03

Nº atendimento:

Código placa:
0825163343-3

NÚCLEO DE
ARRECADAÇÃO

EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019

Nome Proprietário / Solicitante:
JOSE RONIS DA SILVA LIMA

CPF / CNPJ:
074.501.933-10

Placa:
HYP3343

Chassi:
9C2JC30708R555817

Município:
FORTALEZA

Marca / Modelo:
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 01/11/2018 e pagas em atraso serão atualizadas com base na taxa SELIC conforme Resolução CONTRAN 819, de 09/09/2010, Seção II, Art 21.

Página Extrato
1/1

Credenciado
NAO

Atendente
GETRAN

Débito IPVA
NAO

RESUMO

TAXAS 127,82

MULTAS 0,00

301 DETRAN 0,00

312 PRF/RENAINF 0,00

313 PREF. 0,00

Total a Pagar: 127,82

856400000019 278200062018 905102019866 121871832006

Autenticação Mecânica

Via Usuário



EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS

Data emissão:
02/05/2019 08:38

Nº DAE SEFAZ:
2019.86.1218718-32

Nº Documento
4.90500483-7

Chassi / CPF:
9C2JC30708R555817

Placa:
HYP3343

Débito
NAO

Nº Atendimento

NÚCLEO DE
ARRECADAÇÃO

EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019

Nome Proprietário / Solicitante:
JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Atendente:
GETRAN

Taxas: 253 254 301 253 254 301

MULTAS

DETRAN - 301
0,00

PRF/RENAINF - 312
0,00

PREFEITURA - 313
0,00

Total Multas (R\$):
0,00

Total Taxas (R\$):
127,82

Total a Pagar (R\$):
127,82

856400000019 278200062018 905102019866 121871832006

Autenticação Mecânica

Via DETRAN / Registro

CAIXA CARIMBO FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

127-867263504-1

02/mai/2019

HORA DE 08:55:19

LOT. 05.007789-9

TERM 012950

LOCALIDADE: EUSEBIO

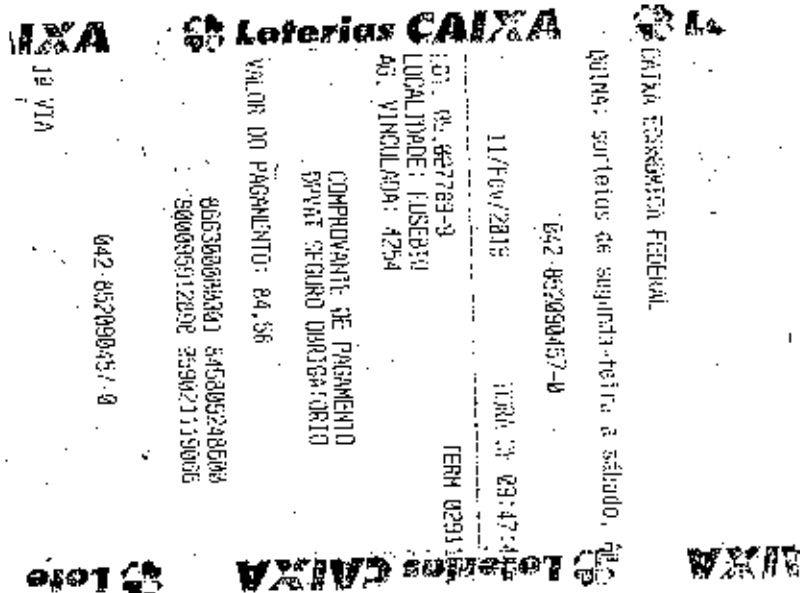
AG. VINCULADA: 4254

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
SECRETARIA DA FAZENDA DO CE

VALOR DO PAGAMENTO: 127,82

 SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT SEGURADORA LÍDER		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
		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 SEGURADORA LÍDER		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
		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 atrofia 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

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 - OSTEOSÍNTESE (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

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261468/19

Número do Sinistro: 3190457698

Vítima: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

CPF: 074.501.933-10

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE RONIS DA SILVA
LIMA

CPF de: Próprio

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