

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E 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 **WEB1.20.01404923-6** em **25/08/2020 11:08:24**.
- 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 : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0243083-42.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01404923-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 25/08/2020 11:08:24

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

Petição* : 2745674_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2745674_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-23.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

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

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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190690854

Vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO MAIA BEZERRA

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.**

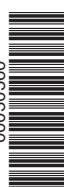
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190690854

Vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), REGINALDO MAIA BEZERRA

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



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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190690854 **Vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA**
Data do Acidente: 07/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO MAIA BEZERRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar
da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **REGINALDO MAIA BEZERRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000031**

Conta: **0000064942-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 43855547300	4 - Nome completo da vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA
----------------------------	-----------------------------------	---

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

5 - Nome completo: REGINALDO MAIA BEZERRA	6 - CPF: 43855547300		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA 418	9 - Número: 49	10 - Complemento: 60866520
11 - Bairro: JANGURUSSU	12 - Cidade: FORTALEZA	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 60866520
15 - E-mail: 		16 - Tel. (DDD): 85-98704-9599	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0031** CONTA: **64942** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 [lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasceu (verasse): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	---	--

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **FORTALEZA, 06/12/2019**

Reginaldo Maia Bezerra

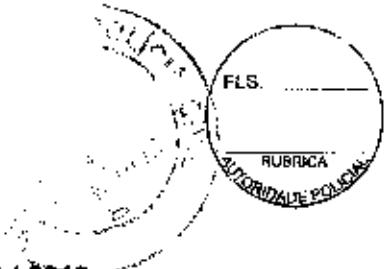
43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019875945



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4153 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/12/2019 09:39:07**
Data / Hora da Ocorrência: **07/09/2019 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PRESIDENTE COSTA E SILVA, CONJUNTO SAO CRISTOVAO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A LAGOA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **REGINALDO MAIA BEZERRA**
Nascimento: **14/05/1974** CPF: **438.555.473-00**
CNH: **05630725906** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **CLARA EVANGELISTA MAIA BEZERRA**
MANOEL CRIZOSTOMO BEZERRA
Endereço: **RUA 418, 49 CONJ SÃO CRISTOVÃO**
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98550-3215**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIF7147** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670CR582329** Renavam: **482110104** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **REGINALDO MAIA BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO LOCAL, HORÁRIO E DATA ACIMA MENCIONADOS PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN DE PLACA OIF-7147, SENTIDO MESSEJANA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA ESTAVA NA SUA FRENTES FREOU BRUSCAMENTE, MOMENTO EM QUE COLIDIU NA TRASEIRA DO REFERIDO VEICULO; QUE COM O IMPACTO CAIU E FICOU LESIONADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL E PRESTOU ASSISTÊNCIA; QUE FOI CONDUZIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. E NADA MAIS DISSE///

OBS: A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR DA DATA DO FATO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Reginaldo maia Bezerra



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019875945



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4153 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) : KOJU

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 43855547300	4 - Nome completo da vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA
----------------------------	-----------------------------------	---

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

5 - Nome completo: REGINALDO MAIA BEZERRA	6 - CPF: 43855547300		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA 418	9 - Número: 49	10 - Complemento: 60866520
11 - Bairro: JANGURUSSU	12 - Cidade: FORTALEZA	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 60866520
15 - E-mail: 		16 - Tel. (DDD): 85-98704-9599	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0031** CONTA: **64942** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 [lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasceu (verasse): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	---	--

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **FORTALEZA, 06/12/2019**

Reginaldo Maia Bezerra

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALTA DEUTIZADO TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO MAIA BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00031

CONTA: 00000064942-3

Nr. da Autenticação AE985AEA500C6390



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a análise final que é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190690854 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA REGINALDO MAIA BEZERRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO REGINALDO MAIA BEZERRA

CPF/CNPJ: 43855547300

Posição em 17-08-2020 12:57:27

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

08/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
18/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	

13/12/2019

ABERTURA DE
PEDIDO DE
SEGURO
DPVAT

(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6CqUuZOBZBtNxI2JDeCERapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFzjfEufAD3RtNHCNNlJ__8k=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.kaspersky.com/company/dpvat/digital-privacy-atofficial/>)
I%C3%ADAdder-
dpvat)

Serviços

- > Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
 - > Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
 - > Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
 - > Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
 - > Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
 - › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
 - › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
 - › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
 - › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
 - › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
 - › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
 - › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
 - › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
 - › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
 - › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 33 PONTO DE APOIO: SCRUT N° DA OCORRÊNCIA: 0356
 DATA: 01/03/19 TURNO: MIT EQUIPE: Silvana Mendes
 NOME: Reginaldo Souza Bezerra IDADE: 45 SEXO: M
 ENDEREÇO: Rua Francisco Góes 2846
 REFERÊNCIA: *Abordagem* BAIRRO: São Mateus
 QTD: 1/1/30 QUS: 1/1/20 QUV: 1/1/46 QUU: 1/2/00
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão entre carro

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> PERFEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:

A

Padrão Respiratório	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
<input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSÍNTIA			

B

PULSO	PELE	ENXAIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input type="checkbox"/> NORMOCARDÍCO	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg
<input type="checkbox"/> TRAQUICARDÍCO	<input type="checkbox"/> FLUÍDEO	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> > 2 seg
<input type="checkbox"/> BRADICARDÍCO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> QUENTE	
LOCAL:	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> FRIA	

C

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
SPONTÂNEA 9-4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	<input type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS
À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCOSOLÁVEL (P)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SÓNS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)	<input type="checkbox"/> 2	MOVIMENTO DE RETIRADA
TOTAL: <input checked="" type="checkbox"/> 5	MENHUMA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3

D

PUPILAS:	NORMALS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)	
<input type="checkbox"/> ALTERADAS		

E

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Pac. c/dos na regiao toracica	

SAMPLA

EG: 8 PA: 130/80 FR: 20 GLIC: OXIM: 97% TEMP.:

QTD: DESLOCAMENTO; QUE: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUIT: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUPA: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUAU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



P-953852/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 13	PONTO DE APOIO: SCRÚT	Nº DA OCORRÊNCIA: 0356
DATA: 07/03/15	TURNO: MIT	EQUIPE: Silvana / Anderson
NOME: Reginaldo da Silva Bezerra		IDADE: 45
ENDERECO: C.R.P. Pernambuco		CEP: 2846
REFERÊNCIA: *Abordagem*		BAIRRO: São Lourenço
QTY: 1:20	QUS: 3:20	QUY: 3:46
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colapso / morte/corpo		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE
<input type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:

A.

PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO				
<input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE				

B.

PULSO		PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> QUENTE	
LOCAL:		<input type="checkbox"/> FRIA		

C.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICO (P)				
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA		
ESPONTÂNEA (A) 4 ÁVOC: <input type="checkbox"/> 3 À DOR: <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA: <input type="checkbox"/> 1 TOTAL: 15	ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHÔOR CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	OBEDIÊNCIA A COMANDOS LOCALIZA A DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1

D.

PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Pac c/dor na região abdominal	

SAMPLA

FC: PA: 130/80 FR: 20 GLIC: OXIM.: 97% TEMP.:



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS		Nº DO PROTOCOLO 5160075	Nº DO SE 369766
NOME DO PACIENTE REGINALDO MAIA BEZERRA		NASCIMENTO 14/03/1974(45 ANOS)	SEXO M
CABUSUS		RACAO/ETNIA PARDO	NOSSA SENHORA CLARA EVANGELISTA BEZERRA
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 43885547306		ENDERECO RUA 163 118 CJ SAO CRISTOVAO USB 13 JANEIRO	
NOVO REPROVADO Nº 1	UF CE	CONTATO	
MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP 60.800-150	OCORRÊNCIA	
LUGAR DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
TIPO: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO HÁ 40 MINUTOS APRESENTANDO DOR NA REGIÃO LOMBAR.		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA
CLASSIFICAÇÃO LARANJA		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESBIA/ARTERIAL NI/NI	SINTOMA VITAL BATIDAS NPI	PULSO NI
VIT. TATERA C	ALTERADA NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSE:		DATA/HORA CLASSE/ACAO 07/08/2018	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DELÂNIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE			
ÁREA DE ATENDIMENTO			
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMSE:			
DIAGNÓSTICO			
SABTUÍDO: <input checked="" type="checkbox"/> HC <input checked="" type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAI-O-X		COD. PROCEDIMENTO	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> A PEDIDO <input checked="" type="checkbox"/> EVASÃO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input checked="" type="checkbox"/> INI <input checked="" type="checkbox"/> ANAT. PATOL			
CARREGO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			

Impresso por DELÂNIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em 07/08/2018 11:41:43
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 205 e ss. do Código Penal.

REGINALDO MAIA BEZERRA

Delânia Albuquerque Cavalcante
19/11/19

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Rx para d. est. Vai amanha + Diplopam 200 mg acap + Sf o, 3h, 25m refeira	12/05	
Dr. Marco A. Ortop. Uro. Endo.	MAM	
CNPJ - 6422		

CONDUTA DE ALTA	<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> A REVELIA
	<input type="checkbox"/> REMOVIDO PARA	GUIA Nº _____	
	<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO	_____	
DATA E HORA _____ / _____ / _____			
4- OBSERVAÇÃO ATÉ 24H	DATA E HORA _____ / _____ / _____		
5- INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/>	Nº DO PRONTUÁRIO	
DATA E HORA _____ / _____ / _____		ASS. E CARIMBO DO MÉDICO	
PREENCHER EM CASO DE ÓBITO			
ANTES DO 1º SOCORRO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	DATA E HORA _____ / _____ / _____
RESTO DO CORPO	<input type="checkbox"/> ENTREGUE À FAMÍLIA		6. <input type="checkbox"/> NYU, <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA (SVD)
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:			



DECLARAÇÃO

192

SAMU 192

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Reginaldo Maia Bezerra** - C.P.F. - 438.555.473-00, no dia **07/09/2019**, às 11h20min, na **Avenida Presidente Costa e Silva (Perimetral)**, no **Bairro São Cristovão**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Kelvya Regia da Silva Bezerra** por meio do Processo nº **P953852/2019**.

Fortaleza, 22 de Novembro de 2019.

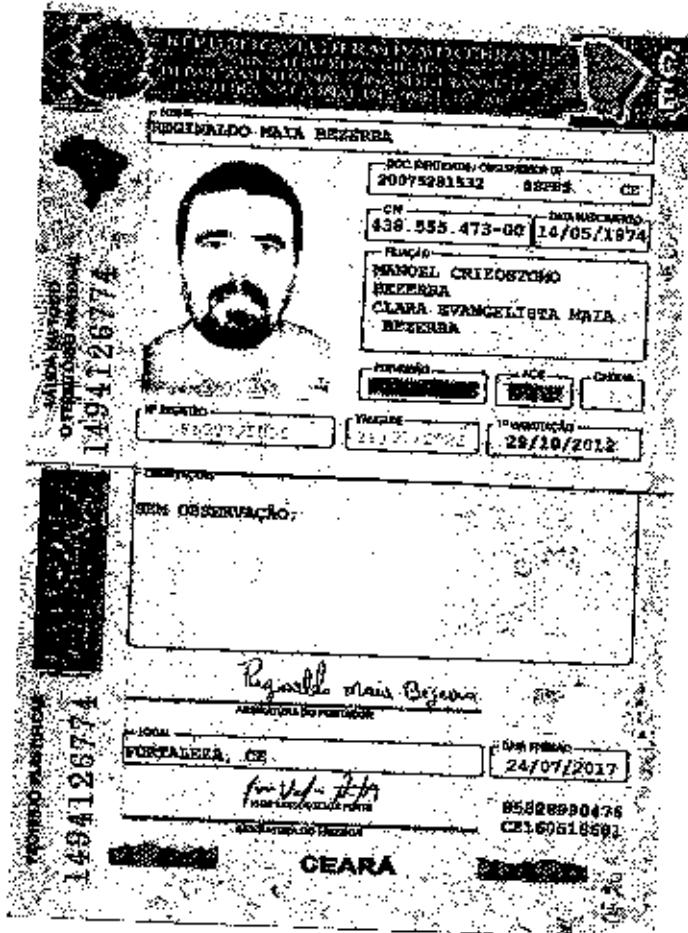
Atenciosamente,

..... Gomes de Lima
Coord. SAME - SAME 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45660-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



ESTAMOS OPERADORES DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VISTORIA
DE AUTOMÓVEIS, TERRESTRES OU VIA MARÍTIMA, TRANSPORTADAS OU NÃO, NO DIAVAT.

CE Nº 0153B4385000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01F7147 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15384395000 84545145325

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2013 03/09/2013

CPF / CNPJ PLACA

43355547300

RENAVAM MARCA / MODELO

482110104 HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO/FAB CAT/TYPE

2012 09

NR. CHASSI

9C2KC1670CR562329

PRÊMIO TARIFÁRIO

4.01

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

TOTAL SERVIÇO (R\$)

84,58

PAGAMENTO

0,32

DATA DE OUTAÇÃO

03/09/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.6000001-98

DPVAT - KC16E7C582329

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 0153B4385000 COD. RENAVAM - 9C2KC1670CR562329 EXERCÍCIO 2013

DIG 1 1821104 UF /CE NOME:

REGISTRALDO: NEXIA ELETRÔNICO

PLACA: 38555427300 CHASSI: CIE7147 /CE

ESTRUTURA: 02201670CR562329

COMBUSTÍVEL: GASOLINA / ALCOOL

ESPECIE/TIPO: MOTO/CICLO/NÃO AUTOM.

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 FAN EST

ANO/FAB: 2012

CATEGORIA: C01 PREDOMINANTE

CAP / PTO / CH: 25 / 0CV / 143CC PART: 3 RET: 3

PLACA ÚNICA: NENH. ROTAS ÚNICAS: 1 VENC / COTAIS:

P: 0,32 P. PAGAMENTO / COTAS: 2^a 3^a

V: 0,32 V. PAGAMENTO / COTAS: 3^a

A: 0,32 A. PAGAMENTO / COTAS: 3^a

PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

30,11 0,32 03/09/2013

OBSERVAÇÕES

DATA LOCAL

DATA

PORTALEZA: 49/09/2013

Local: Fortaleza
Subsidiária: Fortaleza - DPVAT

DETRAN-CE

CENTRAL

03/09/2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190690854 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de L2

Descrição do exame físico: Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 50°, extensão aos 25°, lateralização aos 20°, rotação aos 20°, com desvio do eixo, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna normal, desconforto a mobilização.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura de L2, conforme documentos de pronto atendimento datados em 07/09/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura de L2. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do segmento lombar da coluna vertebral. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral, em grau médio, em razão da redução da amplitude de movimentos.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190690854 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1-4(BAM) 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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444256/19

Vítima: REGINALDO MAIA BEZERRA

CPF: 438.555.473-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: REGINALDO MAIA BEZERRA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REGINALDO MAIA BEZERRA : 438.555.473-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: REGINALDO MAIA BEZERRA
CPF: 438.555.473-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

REGINALDO MAIA BEZERRA

ANDERSSON COSTA SILVA

**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: **3190690854**

Nome do(a) Examinado(a): **REGINALDO MAIA BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R QUATROCENTOS E DEZOITO, 49, , 60.866-520, JANGURUSSU, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 20075281532**

Data e local do acidente: **07/09/2019 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **27/12/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura de L2.

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 medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura de L2. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no segmento lombar da coluna vertebral, 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 segmento lombar apresenta flexão aos 50°, extensão aos 25°, lateralização aos 20°, rotação aos 20°, com desvio do eixo, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna normal, desconforto a mobilização.

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 parcial e incompleta da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral, em razão da redução da amplitude de movimentos.

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 ás regiões corporais acometidas.

[Segmento Lombar - Médio - 50%](#)

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Gracine Freitas Covalente
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico