


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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

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 **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](#)

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

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

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, 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: ☐ DADS (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:

11 - Bairro:

JANGURUSSU

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0031

CONTA:

64942

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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.

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:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ver nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Reginaldo Maia Bezerra

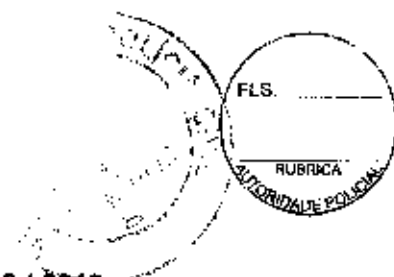
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 Nº 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 FRENTE 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:



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 Nº 301 - 4153 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :


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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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:

11 - Bairro:

JANGURUSSU

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0031

CONTA:

64942

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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.

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 Líder 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ver nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Reginaldo Maia Bezerra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 000000064942-3

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 e o parecer final 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	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1tYf7ZLKPF6vGhucOM8...api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFzjfEufAD3RtNHCNNIJ__8k=)
18/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/XjOgDbHuNlBDFV__VCJjos...api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFzjfEufAD3RtNHCNNIJ__8k=)

13/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6CqUuZOBZBtNxI2JDeCERapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFzjfEufAD3RtNHCNNIj__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-Efetutados.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.seguralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true)
l%C3%ADder-
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-Reclamacoes-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 \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



P-953852/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 13	PONTO DE APOIO: SCRUI	Nº DA OCORRÊNCIA: 0356
DATA: 02/03/19	TURNO: NIT	EQUIPE: Silmara Mendes
NOME: Reginaldo rodrigues Bezerra	IDADE: 45	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua: Reginaldo	2846	
REFERÊNCIA: *Obordagem*	BAIRRO: S. S. S. S. S.	
QTY: 11:20	QUS: 11:20	QUY: 11:46
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colapso motor/corpo		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input 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 checked="" type="checkbox"/> PÉRVAS	<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 checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
LOCAL:	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	<input type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	<input type="checkbox"/> FRIA		

C

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6	
A VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5	
A DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4	
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3	
TOTAL: 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2	
PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> ALTERADAS			

D

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Pac. q/dor na região lombar	

E

SAMPLA

PA: 130/80	FR: 20	GLIC:	OXIM: 97	TEMP:
------------	--------	-------	----------	-------



P-953852/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 13	PONTO DE APOIO: SERVI	Nº DA OCORRÊNCIA: 0356
DATA: 07/09/19	TURNO: NIT	EQUIPE: Silmara Mendes
NOME: Reginaldo Maria Bezerra	IDADE: 45	SEXO: M
ENDEREÇO: QD: Primavera 2846		
REFERÊNCIA: *Obordagem*	BAIRRO: S. Capangueira	
QTY: 11:20	QUS: 11:20	QUY: 11:46
QUU: 12:00		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colapso moto/carro		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

☒ PÉRVIAS☐ 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 checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
LOCAL:	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	<input type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	<input type="checkbox"/> FRIA		

C

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

D

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Pac. e/ou no resgate torso	

E

SAMPLA

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

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUU: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

Debânia Aida de Queiroz Cavale
Enfermeira
COREN-CE 22.351

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

IMPRESSÃO POR DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em: 07/08/2019 11:41:43

Impresso por DELANIA ALBUQUERQUE CAVALCANTE em 07/08/2018 11:41:43


REGINALDO MAIA BEZERRA

Concepcion
19 11 19



DECLARAÇÃO



192

REGIÃO NOROCCIDENTAL

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,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 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. 45690-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA JUSTICA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO		1494126774	
NOME REGINALDO MAIA BEZERRA		DOC. IDENTIFICACAO / ORGANIZACAO DE 20075281832 SSPBZ CE	
	CN 438.555.473-00		DATA NASCIMENTO 14/05/1974
	FILIAÇÃO MANOEL CRIZOSTOMO BEZERRA CLARA EVANGELISTA MAIA BEZERRA		
N.º IDENTIFICACAO 1494126774		TIPO DE IDENTIFICACAO 211710002	DATA DE EMISSAO 29/10/2012
OBSERVACAO SEM OBSERVACAO			
Assinatura do titular Reginaldo Maia Bezerra			
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA DE EMISSAO 24/07/2017	
Assinatura do titular Reginaldo Maia Bezerra		85828990478 CE160518591	
CEARA			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº 015384385000

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG 1 482110104 0000000004 2019
 VLA COD. RENAVAM R.NIRG EXERCÍCIO

REGIMATO NADA DESCRITA
 FORTALEZA / CE
 CHASSI PLACA

43855547300 QIF7147/CE
 302KC1670CR582329

RAS/MOTOCICLO/ANNO ROLLO
 HONDA/CG 150 FAN ESI
 26/00V/149CC
 2012 2012
 302KC1670CR582329

COTA UNICA
 20.11 0.32 84.58
 03/09/2019

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 20.11 0.32 84.58 03/09/2019

FORTALEZA
 09/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, YOU POR SUA CARGA, 4 PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

CE Nº 015384385000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

43855547300 QIF7147/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
 15384385000 845514525

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2019 09/09/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 43855547300 PLACA QIF7147
 RENAVAM 482110104 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI
 ANO FAB. 2012 CAT. TUB. 09 Nº CHASSI 302KC1670CR582329

PRÊMIO TARIFÁRIO
 PRB (R\$) 26.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.03

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL SEM IPI E IOF (R\$) 84.58
 DATA DE QUITACÃO 03/09/2019

PAGAMENTO
 COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.548.608/0001-04
 MOTOR: KC16E7C582329



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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE SEGMENTO LOMBAR DA COLUMNA 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

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: REGINALDO MAIA
BEZERRA

CPF de: Próprio

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 periculado.

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 às 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. Grete Freitas Casalsante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico