



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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WLIM.20.00169680-7** em **31/08/2020 18:42:47**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Limoeiro do Norte  
**Processo** : 0050831-58.2020.8.06.0115  
**Protocolo** : WLIM.20.00169680-7  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 31/08/2020 18:42:47

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos [>>Exibir 3 primeiros](#)

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

<b>Petição*</b>	: 2745826_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
<b>Documentação</b>	: 2745826_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf
<b>Documentação</b>	: 2745826_CONTESTACAO_Anexo_02 - 15-27.pdf
<b>Documentação</b>	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

### Downloads

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

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



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE LIMOEIRO DO NORTE/CE**

**Processo: 00508315820208060115**

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**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 DE FATIMA COSTA SILVA**, 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 **14/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/03/2020**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

## **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 unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência. Perceba ainda Exa., que há divergências na data do acidente informada na inicial e a contida no r. documento.

Portanto, para que não pare a 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 for registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

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

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.

---

<sup>3</sup>"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)

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**<sup>4</sup>.

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

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

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.

#### **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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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.

---

<sup>4</sup>SEGURÓ OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>5</sup>APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 14/12/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>6</sup>.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>7</sup>.

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

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

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

---

<sup>6</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>7</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>8</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>9</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

<sup>8</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>9</sup>art.

1º

(...)

*§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.*

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

LIMOEIRO DO NORTE, 19 de agosto de 2020.

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**

## QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (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 GRAADAÇÃO**

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA 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 nº 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 DE FATIMA COSTA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **LIMOEIRO DO NORTE**, nos autos do Processo nº 00508315820208060115.

Rio de Janeiro, 19 de agosto de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200169451**

**Vítima: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 14/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

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](http://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, 04 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200169451**

**Vítima: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 14/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva	6 - CPF: 033.431.773-85		
7 - Profissão: agricultor	8 - Endereço: sítio Cabeça Preta	9 - Número: SLN.	10 - Complemento:
11 - Bairro: Terra Rural	12 - Cidade: Imaculada	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88997556374		

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	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)

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

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0

(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 e 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: <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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (matar) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou 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, Imaculada, 13-03-2020.

José de Fátima Costa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva	6 - CPF: 033.431.773-85		
7 - Profissão: agricultor	8 - Endereço: sítio Cabeça Preta	9 - Número: SLN.	10 - Complemento:
11 - Bairro: Terra Rural	12 - Cidade: Imaculada	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88997556374		

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	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	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)

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

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0

(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 e 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: <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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (matar) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou 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, Imaculada, 13-03-2020.

José de Fátima Costa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva	6 - CPF: 033.431.773-85		
7 - Profissão: agricultor	8 - Endereço: sítio Cabeça Preta	9 - Número: 500	10 - Complemento:
11 - Bairro: Terra Rural	12 - Cidade: Iracemápolis do Norte	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88997556374		

## 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"/> RECUZO 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0  
(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)  Divorciado  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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (márisco)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou 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)  _____ 40 - Local e Data, <i>Iracemápolis do Norte, Ceará, 13-03-2020.</i>	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
		39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

# 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:

033 431 773 85

4 - Nome completo da vítima:

José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo:

José de Fátima Costa Silva

6 - CPF:

033 431 773 85

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Cabeça Preta

9 - Número:

940

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona rural

12 - Cidade:

Timóteo do Norte

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

65930 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

8899755-6374

DADOS CADASTRAIS

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0750

CONTA: 41792 0

(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 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)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima teve filhos?  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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

40 - Local e Data,

José de Fátima Costa Silva

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Impresso nº 2020206808

FLS \_\_\_\_\_

RUBRICA  
MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 733 / 2020****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 09:00:15**Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 19:30:00**Endereço da Ocorrência: **ESTR QUE LIGA LIMOEIRO AO TOMÉ, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**Ponto de Referência: **PROXIMO A CRUZ DO FINADO ZE MARIA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSE DE FÁTIMA COSTA SILVA**Nascimento: **01/01/1987** CPF: **033.431.773-85**RG: **2000099173086** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**Filiação: **MARIA GORETTI DA COSTA SILVA****JOSE MARIA DA SILVA**Endereço: **SITIO CABEÇA PRETA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

**Histórico**

A vítima relata que no dia, local e hora acima mencionado, vinha na motocicleta de sua esposa, uma HONDA CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD 2016, COR PRETA, PLACA PMR 9823, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE MARIA GERLIENE DA SILVA FERREIRA; Que trafega na Estrada que Liga Limoeiro do Norte-Ce ao Sítio Tomé, quando na curva do fundo Zé Maria, um automóvel que trafegava no sentido oposto ao do declarante, veio a ofuscar sua visão, fazendo com que o declarante perdesse o controle da moto e descesse a via; Que foi socorrido por um popular que passava pelo local; Que esse homem lhe ajudou a levantar-se e a seu pedido, lhe ajudou a subir no veículo; Que sentia dores na perna esquerda, mas ainda conseguiu chegar em casa; Que ao chegar, seu amigo Ozias o trouxe até o hospital São Raimundo, nesta cidade de Limoeiro do Norte-CE; Que recebeu atendimento e foi diagnosticado com fratura na Tibia Distal esquerda; Que como não lhe encaminharam para um hospital a fim de que fizesse cirurgia, acabou indo por conta própria para a cidade de Russas-Ce, onde veio a se submeter a intervenção cirúrgica; Que o declarante é habilitado.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** *laura***LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6***LUCINILDA DE MOURA  
ESCRIVÃ DE POLÍCIA  
MAT 404567-1-6***RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *zé José de Fátima costa silva***VISTO DO DELEGADO(A) :** *Bruno***BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**

APPLIED COMPUTER ORGANIZATION

<sup>10</sup> See also the discussion of the relationship between the two concepts in the section on "Concepts."

18 JULY 2004

1992 年 10 月 1 日起施行

038000000000000000

DOI: 10.1007/s00339-016-0302-2 | <http://www.springerlink.com> | <http://dx.doi.org/10.1007/s00339-016-0302-2>

卷之三十一

ОГЛАСИЛ БЫ АМЕРИКА ОБРАЩЕНИЕ К СВОИМ  
ГАБОНОВЫМ ОБЪЕДИНЕНИЯМ, ЧТО ВСЮ ВРЕДИ-  
ТЕЛЬСТВУЮЩУЮ ПОЛИТИКУ СОВЕТСКОГО УЧАСТКА  
СВОЕЙ ЗЕМЛИ ОН ПРОДОЛЖАЕТ, И ЧТО ЕЩЕ ОДНО  
ЗАДАНИЕ ОН ПОСТАВЛЕН - ПОДДЕРЖАТЬ

#### **ANSWER**

ЛУЧШИЕ АРИТМЕТИЧЕСКИЕ ВЫЧИСЛЕНИЯ  
СЕ ВСЕГДА БЫСТРО И ТОЧНО. КОГДА ЧИСЛО ПОДДЕЛКА  
ПОДДЕЛКА ЧИСЛО

ANSWER AT THE END OF THIS PAGE

AV-112 40 AUG 1961

#### **ANSWER** *Addressing Optic neuropathy*

JASUN AMOS 100000

Will you help?

第29章 第2節

**गोपीनाथ**

2020-06-29 13:51:56.549291+00:00 [INFO] [main] main.go:139

... 100% EIA 100% GREEN LEED GOLD CERTIFIED

ANSWERING THE CALL OF MARY'S LOVE

J. G. DALES, J. B. K. NG, ORG. OF MUS.

प्राचीन लिपि वाली अवधारणा को उत्तरायण अवधारणा

### REFERENCES AND NOTES

CHARTER OF THE STATE BANK



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 733 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 09:00:15**  
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 19:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR QUE LIGA LIMOEIRO AO TOMÉ, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PROXIMO A CRUZ DO FINADO ZE MARIA**

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **JOSE DE FÁTIMA COSTA SILVA**  
Nascimento: **01/01/1987** CPF: **033.431.773-85**  
RG: **2000099173086** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA GORETTI DA COSTA SILVA**  
**JOSÉ MARIA DA SILVA**  
Endereço: **SITIO CABEÇA PRETA**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

*Histórico*

A vítima relata que no dia, local e hora acima mencionado, vinha na motocicleta de sua esposa, uma HONDA CG 160 FAN ESDI, ANO/MOD 2016, COR PRETA, PLACA PMR 9823, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE MARIA GERLIENE DA SILVA FERREIRA; Que trafega na Estrada que Liga Limoeiro do Norte-Ce ao Sítio Tomé, quando na curva do fundo Zé Maria, um automóvel que trafegava no sentido oposto ao do declarante, veio a ofuscar sua visão, fazendo com que o declarante perdesse o controle da moto e descesse a via; Que foi socorrido por um popular que passava pelo local; Que esse homem lhe ajudou a levantar-se e a seu pedido, lhe ajudou a subir no veículo; Que sentia dores na perna esquerda, mas ainda conseguiu chegar em casa; Que ao chegar, seu amigo Ozias o trouxe até o hospital São Raimundo, nesta cidade de Limoeiro do Norte-CE; Que recebeu atendimento e foi diagnosticado com fratura na Tibia Distal esquerda; Que como não lhe encaminharam para um hospital a fim de que fizesse cirurgia, acabou indo por conta própria para a cidade de Russas-Ce, onde veio a se submeter a intervenção cirúrgica; Que o declarante é habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : laura

LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

LUCINILDA DE MOURA  
ESCRIVA DE POLÍCIA  
MAT 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João de Fátima Costa Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

# 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: 033.431.773-85 4 - Nome completo da vítima: José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo: José de Fátima Costa Silva	6 - CPF: 033.431.773-85		
7 - Profissão: agricultor	8 - Endereço: sítio Cabeça Preta	9 - Número: SLN.	10 - Complemento:
11 - Bairro: Terra Rural	12 - Cidade: Imaculada	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 62930-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88997556374		

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	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	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)

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

AGÊNCIA: 0750 CONTA: 41792 0

(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 e 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: <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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (matar) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou 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, Imaculada, 13-03-2020.

José de Fátima Costa Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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:

033 431 773 85

4 - Nome completo da vítima:

José de Fátima Costa Silva

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

5 - Nome completo:

José de Fátima Costa Silva

6 - CPF:

033 431 773 85

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Cabeça Preta

9 - Número:

940

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona rural

12 - Cidade:

Timóteo do Norte

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

65930 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

8899755-6374

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0750

CONTA: 41792 0

(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 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)  Divorciado  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  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à luz/nasceu?  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)

40 - Local e Data,

José de Fátima Costa Silva

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atend.	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
102107	0001	JOSE DE FATIMA COSTA SILVA	702809137333864	
Documento(s)		CPF: 033.431.773-85	Estado Civil	Sexo
		Identidade: 2000099173086	Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade	32 Ano(s)
01/01/1987	LIMOEIRO DO NORTE/CE			
Pai		Mae		
JOSE MARIA DA SILVA		MARIA GORETTI DA COSTA SILVA		
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
SITIO CABECA PRETA, SN	ZONA RURAL	62930-000	LIMOEIRO DO NORTE	CE
Profissão	Cópia/Assinatura	Cônjugue		Telefone
				88981298152
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
JOSE DE FATIMA COSTA SILVA		SITIO CABECA PRETA, SN	LIMOEIRO DO NORTE	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Conselho	Matrícula	CID				
14/12/2019	20:18	SUS						
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento				
ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA			13941/CE	CONSULTA CLINICA				
Indicador de Acidente			Funcionário					
			MARIA FLAVIANE SILVA QUEIROZ					
Observação								
Sala								
Sinais Vitais								
Temperatura (uC)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (ipm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)
91			160	101			98	

161403119  
08:45

Data/Hora Liberação:  
14/12/2019 20:29

Tipo de Saída  
Alta clínica

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 14/12/2019 20:22

Responsável pela Classificação: DANYA GERUCA DE SO

Relatório:

Pcte vítima de acidente automobilístico apresenta dor intensa em MIE com presença de edema importante.

Nega comorbidades e alergias medicamentosas

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

14/12/2019 20:29:09h Responsável: ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTOXSOLO) DURANTE RETORNO DO TRABALHO COM CONTUSÃO E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO

EXAME FÍSICO

- A - VIAS AÉREAS PÉRVIAS E COLUNA CERVICAL INDOLOR E SEM ESCORIAÇÕES
- B - MV+, SRA E TÓRAX COM BOA EXPANSIBILIDADE
- C - PA = 160 x 101 mmHg e FC: 91 bpm
- D - SEM SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS E GCS: 15
- E - ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS EM MMSS E MMII, EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO PARCIAL

CD:

- 1) VOLTAREN --- 01 FA IM
- 2) IMOBILIZAÇÃO SE NECESSÁRIO
- 3) RX DE TORNOZELO ESQUERDO

*ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941*

*ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941*

*ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941*

*ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: JOSE DE FATIMA COSTA S

ERSON RAMIRES ALVES BARBOSA CRM-CE 13941

*X foi encaminhado para o atendimento*

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2019034

DADOS DO PACIENTE

Nome <b>JOSE DE FATIMA COSTA SILVA</b>					Prontuário/Atendimento 102107/0002
Nascimento 01/01/1987	Local LIMOEIRO DO NORTE	País Nacionalidade Brasil			Idade 32 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Estado Civil Solteiro(a)	Religião	
Documento(s) CPF: 033.431.773-85	Identidade: 2000099173066				CNS 70.2809.137.3338-64
Endereço SITIO CABECA PRETA		Nº SN	Bairro ZONA RURAL	Município LIMOEIRO DO NORTE-CE	CEP 62930-000
Fone (86)98129-8162	Profissão		Empresa		Fone Empresa
Responsável			CPF do Responsável		Fone Responsável
Endereço Responsável			Conjuge		
Mae MARIA GORETTI DA COSTA SILVA			Pai JOSE MARIA DA SILVA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/12/2019 21:43	Quarto/Leito 100-F	Aposento ENFERMARIA	Clinica MEDICA	Betor UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Convênio SUS		Matrícula	Autorização	Dias 0
Médico ERSON RAMIREZ ALVES BARBOSA				Guia
CID Principal	CID Complementar			
Observação				
Usuário FRANCISCO JADSON TEOTONIO LIMA	Procedimento SUS			Sispronatal
Data Saída 15/12/2019	Hora 00:00	Comodato de Saída Assinatura	Usuário Saída Assinatura	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me as disposições gerais contidas no regulamento do hospital e declaro que não paguei Honorários Médicos e nem diferenças/taxas hospitalares.(exceto convênios e particular).OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

À Direção.

*Francisco Jadson Teotonio Lima*  
Francisco Jadson Teotonio Lima  
Assinatura

LIMOEIRO DO NORTE, 14 de dezembro de 2019.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: FRANCISCO JADSON TEOTONIO LIMA

Assinatura do responsável

# 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: 15/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00750

CONTA: 000000041792-0

---

Nr. da Autenticação 4261747EB25A7FCE

8133917

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002.  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047291/0001-70 | CGF 06.105.948-3



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

#### CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 030696015

Rota LN221R31 - 223000  
Nome OSIAS HOLANDA DA SILVA  
Endereço ST CABECA PRETA, 00000, SITIO GENIPAPEIRO,  
62930-000, LHM. DO NORTE  
Classificação Rural Residencial Rural  
Modalidade Tarifária B2 RURAL  
Ligação Monofásico

Referência: 11/2019

Emissão: 05/11/2019  
Medidor: 4411221-CPN-306

#### ÁREA RESERVADA AO FISCO

007.194-3597-059-220-1451-1546-9108

#### ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATA DE LEITURA P.F.: 31/10/2019

Anterior	Atual	Próxima leitura
01/10/2019	04/11/2019	05/12/2019



#### DADOS DA MEDICÃO

Posto	Lef. Anterior	Lef. Atual	Consumo Mês (kWh)	Consumo Int. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
Fz	1.123	1.123	1.080	185	0	0,55384	102,46

#### DADOS DO FATURAMENTO

#### TARIFA

#### VALOR (R\$)

CONSUMO ADICIONAL BAND. AMARELA	0,55384	102,46
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	3,34

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	107,06	27,00	28,91
PIS	107,06	0,04	0,04
COFINS	107,06	0,30	0,32

12/12/2019

107,06

#### CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 029.066.233-85

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compensa suas emissões  
pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

FATURADO POR MÉDIA - LEITURA BIMESTRAL  
Período: Band. Tarif.: Amarelo : 03/10 - 31/10 Vermelho : 01/11 - 04/11  
SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS  
TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO  
0800-0829940 OU FALE COM A ENEL NO  
CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS  
REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES.  
PEDIMOS DESculpas PELO TRANSTORNO.

DEBITOS ANTERIORES  
MÉD. ANO VALOR (R\$)  
05/2019 120,10  
Total: R\$ 120,10

Nº do Cliente:

Data de Emissão: 05/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 030696015

Referência:

Total a Pagar (R\$): 11/2019

Nº de Controle: 107,06

V:[1.0.0.5]

NP INSS/IRPF

83800000001 7 07060031200 4 02209239007 3 00008133917 8





**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
SOCIEDADE BENEFICIENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO RAMUNDO  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
SOCIEDADE BENEFICIENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO RAMUNDO

2 - CNES  
2627707  
4 - CNES  
2627707

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA**

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
102107

7 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE  
**70.2809.137.3338-64**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
01/01/1982

9 - SEXO  
Masculino

10 RACIA/COR  
03 - Parda

11 Etnia

11 - NOME DA MÃE

MARIA GORETTI DA COSTA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(085) 328120-8162

13 - NOME DO RESPONSAVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)

BITTO CABECA PRETA SN, ZONA RURAL

16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

17 - CÓD. INSC. MUNICÍPIO

2307601

18 - UF

CE

19 - CEP

62830-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS BRAHES E SINTOMAS CLÍNICOS

*Franca e alta dor abdominal central*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Resco de constipação*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVÉS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Hematograma - ffb*

23 - DIAGNÓSTICO

*Paciente de liberdade*

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

MEDECA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

880016284805407

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DRS. ALFREZ ALVES BARBOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/12/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CNPJ

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

IMPRESO

1 - EMPREGADOR

2 - AUTÔNOMO

3 - DESEMPREGADO

4 - APOSENTADO

5 - NÃO SEGURO

6 - DESPROTEGIDO

7 - APOSENTADO

8 - NÃO SEGURO

9 - APOSENTADO

10 - NÃO SEGURO

11 - NÃO SEGURO

12 - NÃO SEGURO

13 - NÃO SEGURO

14 - NÃO SEGURO

15 - NÃO SEGURO

16 - NÃO SEGURO

17 - NÃO SEGURO

18 - NÃO SEGURO

19 - NÃO SEGURO

20 - NÃO SEGURO

21 - NÃO SEGURO

22 - NÃO SEGURO

23 - NÃO SEGURO

24 - NÃO SEGURO

25 - NÃO SEGURO

26 - NÃO SEGURO

27 - NÃO SEGURO

28 - NÃO SEGURO

29 - NÃO SEGURO

30 - NÃO SEGURO

31 - NÃO SEGURO

32 - NÃO SEGURO

33 - NÃO SEGURO

34 - NÃO SEGURO

35 - NÃO SEGURO

36 - NÃO SEGURO

37 - NÃO SEGURO

38 - NÃO SEGURO

39 - NÃO SEGURO

40 - NÃO SEGURO

41 - NÃO SEGURO

42 - NÃO SEGURO

43 - NÃO SEGURO

44 - NÃO SEGURO

45 - NÃO SEGURO

46 - NÃO SEGURO

47 - NÃO SEGURO

48 - NÃO SEGURO

49 - NÃO SEGURO

50 - NÃO SEGURO

51 - NÃO SEGURO

52 - NÃO SEGURO

53 - NÃO SEGURO

54 - NÃO SEGURO

55 - NÃO SEGURO

56 - NÃO SEGURO

57 - NÃO SEGURO

58 - NÃO SEGURO

59 - NÃO SEGURO

60 - NÃO SEGURO

61 - NÃO SEGURO

62 - NÃO SEGURO

63 - NÃO SEGURO

64 - NÃO SEGURO

65 - NÃO SEGURO

66 - NÃO SEGURO

67 - NÃO SEGURO

68 - NÃO SEGURO

69 - NÃO SEGURO

70 - NÃO SEGURO

71 - NÃO SEGURO

72 - NÃO SEGURO

73 - NÃO SEGURO

74 - NÃO SEGURO

75 - NÃO SEGURO

76 - NÃO SEGURO

77 - NÃO SEGURO

78 - NÃO SEGURO

79 - NÃO SEGURO

80 - NÃO SEGURO

81 - NÃO SEGURO

82 - NÃO SEGURO

83 - NÃO SEGURO

84 - NÃO SEGURO

85 - NÃO SEGURO

86 - NÃO SEGURO

87 - NÃO SEGURO

88 - NÃO SEGURO

89 - NÃO SEGURO

90 - NÃO SEGURO

91 - NÃO SEGURO

92 - NÃO SEGURO

93 - NÃO SEGURO

94 - NÃO SEGURO

95 - NÃO SEGURO

96 - NÃO SEGURO

97 - NÃO SEGURO

98 - NÃO SEGURO

99 - NÃO SEGURO

100 - NÃO SEGURO

101 - NÃO SEGURO

102 - NÃO SEGURO

103 - NÃO SEGURO

104 - NÃO SEGURO

105 - NÃO SEGURO

106 - NÃO SEGURO

107 - NÃO SEGURO

108 - NÃO SEGURO

109 - NÃO SEGURO

110 - NÃO SEGURO

111 - NÃO SEGURO

112 - NÃO SEGURO

113 - NÃO SEGURO

114 - NÃO SEGURO

115 - NÃO SEGURO

116 - NÃO SEGURO

117 - NÃO SEGURO

118 - NÃO SEGURO

119 - NÃO SEGURO

120 - NÃO SEGURO

121 - NÃO SEGURO

122 - NÃO SEGURO

123 - NÃO SEGURO

124 - NÃO SEGURO

125 - NÃO SEGURO

126 - NÃO SEGURO

127 - NÃO SEGURO

128 - NÃO SEGURO

129 - NÃO SEGURO

130 - NÃO SEGURO

131 - NÃO SEGURO

132 - NÃO SEGURO

133 - NÃO SEGURO

134 - NÃO SEGURO

135 - NÃO SEGURO

136 - NÃO SEGURO

137 - NÃO SEGURO

138 - NÃO SEGURO

139 - NÃO SEGURO

140 - NÃO SEGURO

141 - NÃO SEGURO

142 - NÃO SEGURO

143 - NÃO SEGURO

144 - NÃO SEGURO

145 - NÃO SEGURO

146 - NÃO SEGURO

147 - NÃO SEGURO

148 - NÃO SEGURO

149 - NÃO SEGURO

150 - NÃO SEGURO

151 - NÃO SEGURO

152 - NÃO SEGURO

153 - NÃO SEGURO

154 - NÃO SEGURO

155 - NÃO SEGURO

156 - NÃO SEGURO

157 - NÃO SEGURO

158 - NÃO SEGURO

159 - NÃO SEGURO

160 - NÃO SEGURO

161 - NÃO SEGURO

162 - NÃO SEGURO

163 - NÃO SEGURO

164 - NÃO SEGURO

165 - NÃO SEGURO

166 - NÃO SEGURO

167 - NÃO SEGURO

168 - NÃO SEGURO

169 - NÃO SEGURO

170 - NÃO SEGURO

171 - NÃO SEGURO

172 - NÃO SEGURO

173 - NÃO SEGURO

174 - NÃO SEGURO

175 - NÃO SEGURO

176 - NÃO SEGURO

177 - NÃO SEGURO

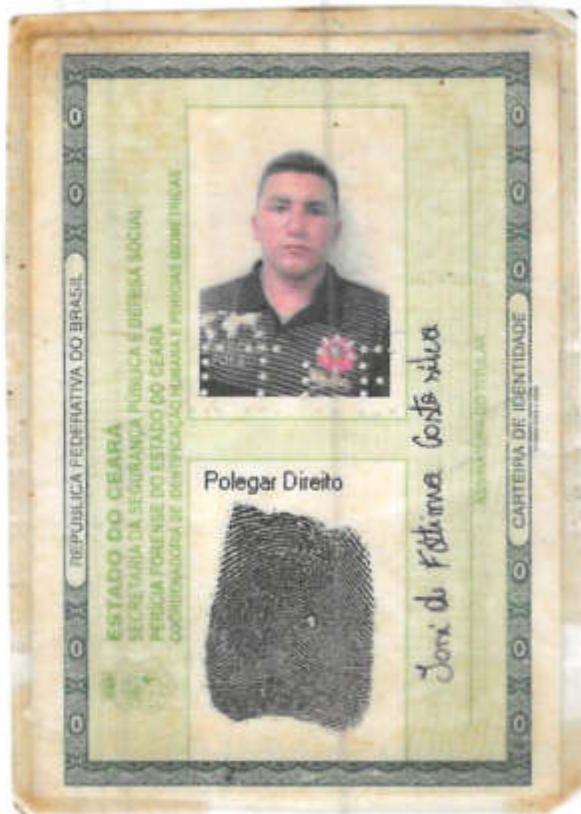
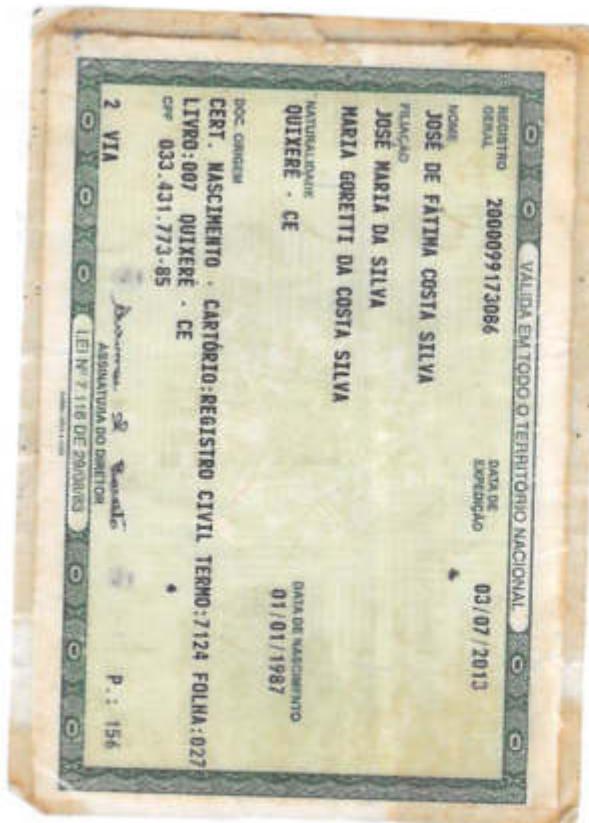
178 - NÃO SEGURO

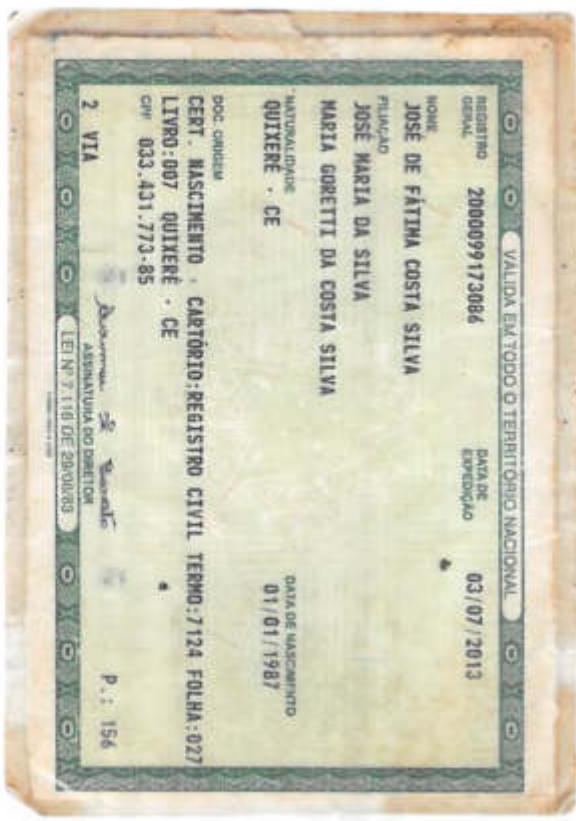
179 - NÃO SEGURO

180 - NÃO SEGURO

181 - NÃO SEGURO

182 - NÃO SEGURO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
EDN#01 1084924142 0000000000 2019

MARIA GERLIENE DA SILVA PEREIRA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LIMOEIRO DO NORTE / CE

CPF / CNPJ  
01276806329

PLACA  
PMR9823

PLACA ANT / UF  
\*\*\*\*\* / CE

CHASSI  
9C2KC2200GR129097

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL  
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO  
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.  
2016

ANO MOD.  
2016

CAP / POT / CIL  
2B/DCV/162CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

I P V A  
COTA ÚNICA  
\*\*\*\*\*  
FAIXA I.P.V.A.  
\*\*\*\*\*

VENC. COTA ÚNICA  
\*\* / \*\* / \*\*

VENC / COTAS  
1\* \*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\*

2\* \*\*\*\*\*

3\*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
00/00/0000

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

LOCAL

1905 Ponte  
Cruzamento Jardim

DATA  
14/05/2019



DETRAN-CE

EXPEDIDOR

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3300 - 169451.

Data da solicitação: 13-05-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: José de Fátima Costa Silva

CPF do beneficiário: 033.431.773-85

Nome do solicitante: José de Fátima Costa Silva.

CPF do solicitante: 033.431.773-85

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 99427-8621. Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

E-mail: emanuele1961@hotmail.com.

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IMI
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Solicito aos senhores analistas de seguro, que reanályse o pedido de indenização, fazendo jus a sequela seca, Fratura de tibia distal esquerda, na qual, está comprovada através do Boletim de ocorrência policial, como também em documentos hospitalares. Portanto, que seja feita a indenização correta mediante a sequela seca.*

*Lemoeiro do Norte, Ceará 14-05-2020.*

Local e Data

*José de Fátima Costa Silva*

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200169451      **Cidade:** Limoeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA      **Data do acidente:** 14/12/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/06/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA. NÃO FOI VISUALIZADA, DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA, QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE, SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200169451 Cidade: Limoeiro do Norte Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA Data do acidente: 14/12/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO

Documentos complementares:

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 de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132150/20

Número do Sinistro: 3200169451

Vítima: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

CPF: 033.431.773-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 01/06/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

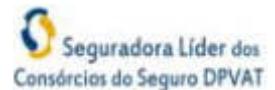
---

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132150/20

Número do Sinistro: 3200169451

Vítima: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

CPF: 033.431.773-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 01/06/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

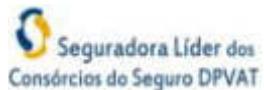
---

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096033/20

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA : 033.431.773-85**

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](http://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: 17/03/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/03/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

---

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

---

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118641/20

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA : 033.431.773-85**

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](http://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: 20/04/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132150/20

**Vítima:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**CPF:** 033.431.773-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOSE DE FATIMA COSTA SILVA : 033.431.773-85**

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](http://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: 07/05/2020  
Nome: JOSE DE FATIMA COSTA SILVA  
CPF: 033.431.773-85

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOSE DE FATIMA COSTA SILVA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA