

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 **WSOL.20.00167887-6** em **28/08/2020 09:20:47**.
- 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 : Solonópole
Processo : 0050654-32.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00167887-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 28/08/2020 09:20:47

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.

Petição* : 2745856_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2745856_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-17.pdf
Documentação : 2745856_CONTESTACAO_Anexo_02 - 18-25.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLONOPOLÉ/CE

Processo: 00506543220208060168

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 **MIZAEL PAULO DE QUEIROZ**, 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 **18/07/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/08/2017**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte 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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Informa a Seguradora Ré Exa., que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão de mora do pagamento do Seguro DPVAT. Veja, o vencimento para o pagamento do bilhete do Seguro Obrigatório se deu dia 31/01/2017, entretanto, a parte Autora somente procedeu com o pagamento no dia 09/08/2017, ou seja, inadimplente à data do alegado sinistro ocorrido no dia 18/07/2017, vejamos:

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Exercício UF Final da Placa Categoria(Saiba mais) Pagamento
2017 CE 7 9 À vista Consultar

O prêmio do Seguro DPVAT será pago integralmente no vencimento da COTA ÚNICA ou da primeira parcela do IPVA, ou juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual, no caso de veículos isentos do IPVA, conforme disposto nas [Resoluções CNSP 332/2015](#) e [CNSP 342/2016](#), e na Portaria Interministerial 293/2012.

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
7	31/01/2017	SIM	31/01/2017	11/09/2017
CE: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2017				

Consulta a Pagamentos Efetuados



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente

Sua busca por placa: HYN9407 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2019	R\$84,58	Quitado	
+	2018	R\$185,50	Quitado	
-	2017	R\$185,50	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago		
09/08/2017		R\$185,50		

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte 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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 18/07/2017. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte 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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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.

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

⁴RECURSO 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 HOUE 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.

⁵**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.”

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

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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE 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 citação⁶.

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 ação⁷

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.

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.**

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLONOPOLE, 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 gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MIZUEL PAULO DE QUEIROZ**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SOLONOPOLE**, nos autos do Processo nº 00506543220208060168.

Rio de Janeiro, 19 de agosto de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11792824

A/C: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540099 ASL-0384544/17

Vítima: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Data Acidente: 18/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2017

Carta nº: 11811874

A/C: MIZAEAL PAULO DE QUEIROZ

Sinistro: 3170540099 ASL-0384544/17
Vítima: MIZAEAL PAULO DE QUEIROZ
Data Acidente: 18/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11852347

A/C: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Sinistro: 3170540099 ASL-0384544/17
Vítima: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ
Data Acidente: 18/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO PAULO PINHEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005456-9

Conta: 000004572-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

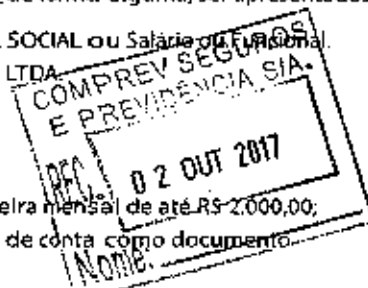
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MIZUEL PAULO DE QUEIROZ
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008990809-5 EXPEDIDO POR SSPDS - CE EM 27/01/15 E
CPF 620465063-75 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ESTUDANTE
E RENDA MENSAL DE R\$ SIN PAGA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MIZUEL P. DE QUEIROZ, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Pensão;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 54869 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4572-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MIHA-CE, 27 de setembro de 2017 Mizuel Paulo de Queiroz
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvat.segurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Início TRANSFERÊNCIAS Transferências DOC - Transferências até R\$4.999,99

HORÁRIOS E LIMITES

Verificação da remessa de DOC eletrônico - Tipo E

01 02 CONFIRMAÇÃO

03

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

CPF/CNPJ origem:

Conta origem:

Conta destino: 5456-9 / 4572-1

Banco: 237-BANCO BRADESCO S/A

Valor a ser transferido:

Tarifa de emissão de DOC:

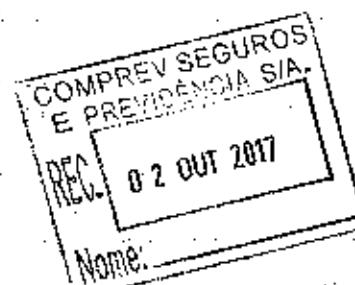
Valor total a ser debitado:

Destinatário: MIZUEL PAULO DE QUEIROZ

CPF/CNPJ destinatário: 620.465.063-75

Finalidade: 99-Outros

Identificação da transferência:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo


Nome do(a) Examinado(a): Mizael Paulo de Queiroz
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Aurino Pinheiro, 5 Zona Urbana
Caixa D Agua Vila Soares CE CEP: 62635-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20089908095
Data local do exame: [18/10/2017] Boa Viagem [CE]

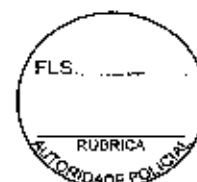
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FX DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO
BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO PUNHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO
Data da alta: OUT/2017
IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA (20SS). APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO
Complicações: SEM
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| PUNHO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (<input checked="" type="checkbox"/>) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

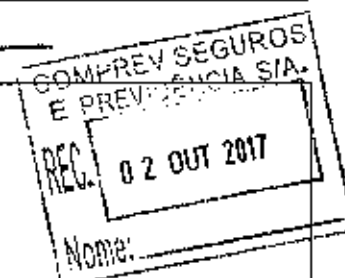




BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1268 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/08/2017 09:20:58**
Data / Hora da Ocorrência: **18/07/2017 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO BAIXA VERDE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MILHA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO JOSÉ PEDRO DE LIMA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MIZAEL PAULO DE QUEIROZ**
Nascimento: **04/12/1998** CPF: **620.465.063-75**
RG: **20089908095** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUIZA DE JESUS QUEIROZ**
FRANCISCO PAULO DE QUEIROZ
Endereço: **SÍTIO DIST. MONTE GRAVE**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MILHA/CE** CEP: **63.635-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYN9407** Uf: **CE** Município: **MILHA** Chassi:
9C2KC08508R120277 Renavam: **990143953** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MIZAEL PAULO DE QUEIROZ** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

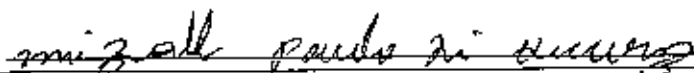
Afirma o noticiante, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção, para fins de solicitação de Seguro DPVAT, que na hora, dia e local acima informados que JOSÉ CARLOS CAMPELO conduzia a motocicleta acima identificada, tendo como garapeiro MIZAEL PAULO DE QUEIROZ, quando o pneu dianteiro da moto estourou, provocando a queda de ambos, porém o garapeiro sofreu danos consideráveis; Que a vítima MIZAEL PAULO DE QUEIROZ fora socorrida por um carro que vinha passando e foi levado ao Hospital Municipal João Leopoldo Pinheiro Landim, onde recebeu atendimento médico; Que o noticiante apresenta cópias dos seguintes documentos: RG, CPF, CRLV, comprovante de residência, ficha de atendimento hospitalar, atestado médico, receituário médico, CRLV da motocicleta, RG, CPF, CNH e comprovante de endereço de duas testemunhas. E nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:





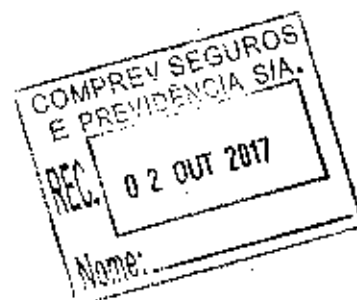
01



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1268 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MEZAEZ PAULO DE OLIVEIROZ, portador da carteira de identidade nº 2008990809-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 620465063-75 residente e domiciliado na RUA JOSE AURINO PINHEIRO Cidade MILHA Estado CEARA 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de inexistência de IML



mezael paulo de oliveiroz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MILHA-CE 27/09/17

Local e data



04



PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: <u>Miguel Paulo de Oliveira</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>2</u>
Cartão do SUS: <u>898003313816928</u> ON: <u>04-12-98</u>	
RG: _____	

Idade <u>18</u>	Cor <u>-</u>	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Solteiro</u>	Naturalidade <u>Milha</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Monte Grave</u>					Telefone: <u>88-36452638</u>

Unidade de Emergência	Pai: <u>Fco Paulo</u>	Mãe: <u>Mãe Luiza de Jesus Oliveira</u>
Hospital J. L. P. Landim		

O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andamento	<input type="checkbox"/> Regular	Milha	<u>18-07-17</u>	<u>11:08</u>
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso	Local		
<input type="checkbox"/> Aparelmente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de acidente de trânsito em via pública, com fraturas de membros inferiores e traumatismo craniano.

Comprovação de ato declaratório



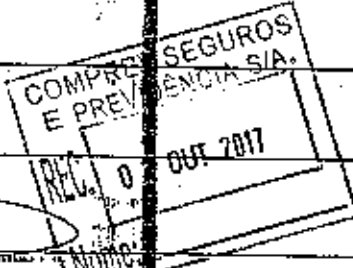
DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	
			<u>Ass. p/ h.</u>

TRATAMENTO:

Leve para o fono.
Estabilização.
Atendimento no

CONFERE COM ORIGINAL
10-08-17
RESPONSÁVEL SAME
FAMAP
CNPJ 10.828.260/0001-06

DESTINO DADO AO PACIENTE	Exames Complementares
<input checked="" type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado
<input type="checkbox"/> Em Observação	<input type="checkbox"/> Transferido
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório	Diagnóstico Definitivo
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada na Unidade	
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento	
Ass. do Paciente ou Responsável <u>André Lima</u>	Ass. do Médico <u>[Assinatura]</u>



CPF 160.784.004-1
CRM-2630

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIZABEL PAULO DE QUEIROZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05456-9

CONTA: 000000004572-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2010201705000000000023705456000000004572253125 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MIZUEL PAULO DE QUEIROZ

RG nº 2008990809-5, data de expedição 27/01/15, Órgão SSPDS-CE

CPF nº 620465063-75, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: JOSE AVRINO PINHEIRO</u>	
Número	<u>05</u>	
Apto / Complemento	<u>ZONA URBANA</u>	
Bairro	<u>Caixa d'água</u>	
Cidade	<u>MILHA</u>	
Estado	<u>CEARA</u>	
CEP	<u>65.635,00</u>	
Telefone de Contato	<u>Celso Pinheiro</u> <u>(85) 99989-0779</u>	
E-mail	<u>(85) 98721-2741</u>	

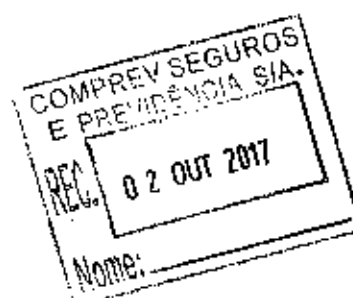
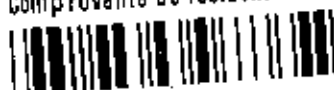
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MILHA-CE 27/09/17

Assinatura do Declarante:

Mizuel Paulo de Queiroz

Comprovante de residência



Nº DO CLIENTE
5888442-4

Abril Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 00.105.848-2

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-3 | IV

Rota 09 14060 09 386000 - 7 Data de Emissão 489093132
 Nome FRANCISCA CLEIA SILVA CAMPELO 16/08/2017
 End. Postal RU JOSE AURINO PINHEIRO 00005
 CAIXA D'ÁGUA - MILHA - 63635000
 Medidor 23848834
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICA
 RG/CPF/CNPJ 012517843-30
 Nome do Responsável

DATAS
 Mês de Referência 16/08/2017
 Data de Apresentação 15/09/2017
 Previsão Próxima Entrega

INDICADOR DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Índice de Qualidade do Fornecedor (IQF) 1.00
 Índice de Qualidade do Serviço (IQS) 1.00
 Índice de Qualidade da Entrega (IQE) 1.00

ICMS
 Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 6020.0073.0100.1102.1905.9460.0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Abnt	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7928	7844	1.00	84	0.00	30	0.17900	5.30
16/08/17	14/07/17	32.1452	24			0.25440	14.42
DESCRICAÇÃO							VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DE MES 21,74
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 2,72
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,79
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 11,69
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,10)

VENCIMENTO 23/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 36,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	10,39
Transmissão	1,85
Distribuição	2,00
Encargos Sociais	2,44
Tributos (PIS/COFINS)	1,51
TOTAL	22,53

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
01	24
02	24
03	24
04	24
05	24
06	24
07	24
08	24
09	24
10	24
11	24
12	24

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissão kg CO₂ 35,30
 Compensação kg CO₂ 0,00
 Compensação Entreg (em % CO₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. 02 OUT 2017
 Nome: _____

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO PAULO PINHEIRO, portador(a) da CNH nº 00758673502, expedido por DETRAN/CE, em 28/05/2012, CPF/CNPJ nº 875.474.573-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

MIZAEZ PAULO DE QUEIROZ

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima

MIZAEZ PAULO DE QUEIROZ

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

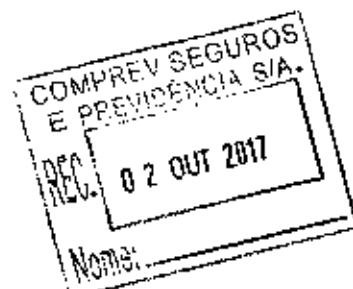
Profissão: RECUSO INFORMAR Renda Mensal: RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

João Paulo Pinheiro


ASSINATURA- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Declaração Circular SUSEP 445/12





PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: <u>Miguel Paulo de Queiroz</u>		OCORRÊNCIA Nº <u>2</u>			
Cartão do SUS: <u>S93003213816928</u> DN: <u>04.12.98</u>		RG: <u>88-46452638</u>			
Idade: <u>18</u>	Cor: <u>-</u>	Sexo: <u>M</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Naturalidade: <u>Milhã</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>
Endereço: <u>Monte Graça</u>					
Unidade de Emergência: <u>FCC Paulo</u>		Telefone: <u>88-46452638</u>			
Hospital J. L. P. Landim		Mãe: <u>Mãe Luiza de Jesus Queiroz</u>			
<input type="checkbox"/> Andamento		<input type="checkbox"/> Regular		Atendimento: <u>Milhã</u>	Data: <u>18-07-17</u>
<input type="checkbox"/> De Automóvel		<input type="checkbox"/> Passando Mal		<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	Hora: <u>11:08</u>
<input type="checkbox"/> Ambulância		<input type="checkbox"/> Comatoso			
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem		<input type="checkbox"/> Com Hemorragia			
Queixa principal e Resumo da Doença Atual <u>Paciente vem se queixando de dor de dente (C) com muita dor pelo corpo e fraqueza de pernas e</u>					
DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA			
			<u>Ass n/h</u>		
TRATAMENTO: <u>doença por 10 dias</u> <u>Antibiótico</u> <u>Analgésico</u>					
Documentação médica - hospital 					
DESTINO DADO AO PACIENTE			Exames Complementares		
<input checked="" type="checkbox"/> Residência			<input type="checkbox"/> Internado		
<input type="checkbox"/> Em Observação			<input type="checkbox"/> Transferido		
<input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório			Diagnóstico Definitivo		
<input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada na Unidade			Ass. do Médico		
<input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento					
Ass. do Paciente ou Responsável: <u>André Lima F. Queiroz</u>			CPF: <u>160.794.004-9</u> CRM: <u>7673</u>		

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

OS



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (89) 3441.1353 - FAX: (89) 3441.4008 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-CE



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

MICHEL ALVES DE OLIVEIRA

recebeu atendimento médico em:

17, 08, 17

com diagnóstico de:

FRACTURA DA OMO MEXILHADA

Q.D. 5525

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 30 (trinta) dias de licença do trabalho,

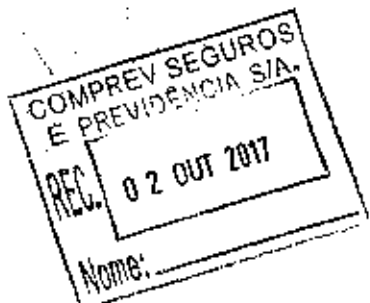
a partir da data do atendimento.

Quixeramobim-CE, 17 / 08 / 17

MEDICO/CRM

Dr. Felipe Vitor P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
R. 157, 1545 TEL 15739

Cimigraf - 3441.0388





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: WILSON PAULO OLIVEIRA

⚡
① Malignoma / g - 0/4
01 qd 6/6h SEM AL

Retorno em 14/09/17: Lx / UNATO 560
14/10/17 SEM 6/6h

17/08/17

Dr. Paulo Vitor P. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12345 TEST 14739



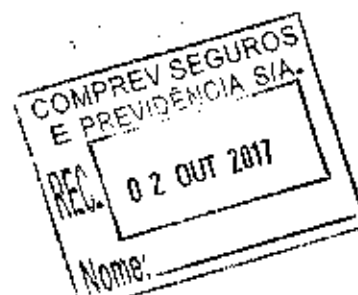
**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS




Carteira de Identidade

MIZAEL PAULO DE QUEIROZ

Assinatura do Titular

Polegar Direito



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
620.465.063-75

Nome
MIZAEL PAULO DE QUEIROZ

Nascimento
04/12/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 02 OUT 2017

Nome:

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008990809-5 DATA DE EMISSÃO 27/01/2015

NOME MIZAEL PAULO DE QUEIROZ

RELACÃO FRANCISCO PAULO DE QUEIROZ

MARIA LUIZA DE JESUS QUEIROZ

NATURALIDADE ATLINA - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/12/1998

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: SEDE TERMO: 7910 FOLHA: 237 LIVRO: A

08 ATLINA - CE

CPF 620.465.063-75

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2008/03

CÓDIGO DE CONTROLE
9260.7111.B5DC.631C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:21:16 do dia 27/11/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

08

BRASIL

Services Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

(http://www.vlibras.gov.br/)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 620.465.063-75

Nome: MIZUEL PAULO DE QUEIROZ

Data de Nascimento: 04/12/1998

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 27/11/2014

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 16:47:39 do dia 25/09/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 1251.9B43.83C7.6F3D



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

10

COMPRESA E PREVIDENCIA S/A.
REC: 02 OUT 2017
Nome: _____

Portaria DETRAN Nº 71 DE 05/01/2015

Publicado no DOE em 28 jan 2015

Dispõe sobre o licenciamento de Veículos Automotores registrados no Estado do Ceará para exercício de 2015.

O Superintendente do Departamento Estadual de Trânsito-DETRAN-CE, no uso de suas atribuições legais, e;

Considerando, o previsto no Artigo 1º da Resolução nº 110 de 24.02.2000 do CONTRAN, que diz: Os órgãos executivos de trânsito dos Estados e do Distrito Federal estabelecerão prazos para renovação do Licenciamento Anual dos Veículos registrados sob sua circunscrição, de acordo como algarismo final da placa de identificação, respeitados os limites fixados na tabela a seguir:

Resolve:

O licenciamento de Veículos Automotores registrados no Estado do Ceará para exercício de 2015, obedecerá ao seguinte calendário de pagamento, FACULTADA A ANTECIPAÇÃO:

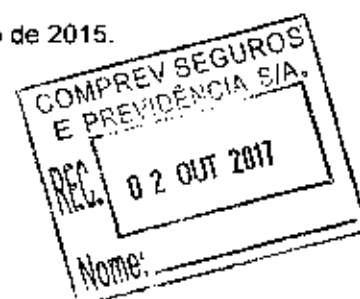
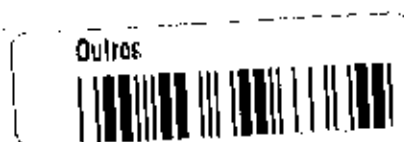
CALENDÁRIO LICENCIAMENTO EXERCÍCIO 2015

FINAL DE PLACA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
VENCIMENTO	10/03	10/04	11/05	10/06	10/07	10/08	10/09	13/10	10/11	10/12


Os EXTRATOS DE LICENCIAMENTO e DPVAT, serão remetidos através dos Correios ao domicílio de cada proprietário, para fins de pagamento junto a qualquer agência do BRADESCO, Banco do Brasil S A (BB), Caixa Econômica Federal e agências lotéricas e dos Correios, bem como posteriormente, respectivo Certificado de Registro e Licenciamento (CRLV) exercício de 2015, comprovado pagamentos de taxa de licenciamento, seguro DPVAT e parcelas correspondentes ao IPVA do exercício; O não recebimento via correios do EXTRATO DE LICENCIAMENTO no domicílio do proprietário, não implica dispensa de taxas e demais encargos relativos ao veículo, devendo o interessado, neste caso emitir as taxas através do site "detran.ce.gov.br" ou comparecer ao DETRAN ou a um de seus postos de atendimento até a data de vencimento, com a finalidade de efetuar os pagamentos e receber o CRLV correspondente. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO, em Fortaleza, 05 de janeiro de 2015.

Igor Vasconcelos Ponte
SUPERINTENDENTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384544/17
Vítima: MIZAEI PAULO DE QUEIROZ
CPF: 620.465.063-75

Data do Acidente: 18/07/2017
CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIZAEI PAULO DE QUEIROZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO PAULO PINHEIRO : 875.474.573-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MIZAEI PAULO DE QUEIROZ : 620.465.063-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2017
Nome: JOAO PAULO PINHEIRO
CPF/CNPJ: 875.474.573-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2017
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

JOAO PAULO PINHEIRO

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540099 **Cidade:** Milhã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIZAEI PAULO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 18/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA
VITIMA POSSUI PAGAMENTO DE 75% DE JOELHO ESQUERDO

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540099

Cidade: Milhã

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MIZAELO PAULO DE QUEIROZ

Data do acidente: 18/07/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: MIZUEL PAULO DE QUEIROZ
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ESTUDANTE
Identidade: 2008990809-5 CPF: 620465063-75
Endereço: AVA. JOSE AVAINO PINHEIRO
Bairro: ZONA RURAL - CAIXA D'AGUA
Cidade: MILHA CEP: 63.635.000

OUTORGADO (Procurador)

João Paulo Pinheiro, portador (a) do RG-nº 335665898, órgão emissor SSPDC-CE, CPF nº 875.474.573-04 com endereço Sítio Alto Verde, Bairro: Zona Rural: Cidade: Milhã-Ceará, CEP: 63.635-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Mizael Paulo de Queiroz

Local e data:

☒ Oficial Substituto
Daniel de Oliveira Ferreira
☐ Oficial Interna
Marta Neiva Pinheiro

San. Pompeu CE, 06 de Setembro de 2017.

Mizael Paulo de Queiroz
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Procuração

