



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 **WEB1.20.01445831-4** em **15/09/2020 13:13:38**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

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

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0248373-38.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01445831-4  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 15/09/2020 13:13:38

### Partes

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

### Documentos Protocolados

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

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

**Petição\*** : 2750040\_CONTESTACAO\_01 - 1-13.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2750040\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-16.pdf

### Downloads

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

---

**Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200219540**

**Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES**

**Data do Acidente: 02/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200219540                      Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 02/10/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200219540                      Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 02/10/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200219540**

**Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES**

**Data do Acidente: 02/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219540

Vítima: LUCAS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUCAS DA SILVA GOMES**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00
Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau completo 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 50,00%	
Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$ 6.750,00

Recebedor: LUCAS DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 341

Agência: 000003827

Conta: 0000049507-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 612.414.533-22 4 - Nome completo da vítima: Lucas da Silva Gomes

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

5 - Nome completo: Lucas da Silva Gomes 6 - CPF: 612.414.533-22  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua João Pires Condor 0000  
9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Distrito Camara 12 - Cidade: Aquinaz 13 - Estado: Ceara  
14 - CEP:  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 9-8870-1298

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA 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: ITAU

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3827 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 49507 (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital ou  
assinatura ou  
assinatura  
não alfabetizada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Fortaleza, 18 de Junho de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 296 - 52711/2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**  
Data / Hora da Comunicação: **28/10/2019 14:47:33**  
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 14:50:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL CICERO SA, CAMARA -**  
**AQUIRAZ/CE**  
Ponto de Referência: **FORRO NO SÍTIO**

**Noticiante(s)**

Nome: **MARIA BEATRIZ MARQUES GOMES**  
Nascimento: **30/09/1988** CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Filiação: **MARIA JOSÉ MARQUES GOMES**  
**FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA GOMES**  
Endereço: **RUA LUIS DE LIMA ALVES, 46**  
Bairro: **CAMARA**  
Município: **AQUIRAZ/CE**  
País: **BRASIL**

CEP **71.600-000**

Telefone: **(85) 99985-2473**

**Histórico**

DISSE QUE é funcionária da empresa TECLAV, na função de líder de produção; QUE seu sobrinho de nome LUCAS DA SILVA GOMES trabalha na aludida empresa na função de operador de produção; QUE no dia 02/10/2019, por volta das 14h50min, quando voltava para casa em uma motocicleta e depois do expediente, LUCAS DA SILVA GOMES acabou por sofrer acidente de trânsito; QUE o expediente começa às 05h00min e termina às 14h23min; QUE LUCAS por tentar desviar de um buraco na via, acabou entrando na contramão de direção e colidiu com um veículo. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:** \_\_\_\_\_

**RENATA DE SERPA MOURA DE MENEZES - MAT.: 198179-1-1**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Maria Beatriz Marques Gomes

**VISTO DO DELEGADO(A):** \_\_\_\_\_

**LIVIA TEIXEIRA DE ALENCAR DOMINGOS - MAT.: 300572-1-X**

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

Consolidado em: 28/10/2019 15:04:32

Pág. 1 de 1

Impresso em: 28/10/2019 15:04:32



# 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: 612.414.533-22 4 - Nome completo da vítima: Lucas da Silva Gomes

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

5 - Nome completo: Lucas da Silva Gomes 6 - CPF: 612.414.533-22  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua João Pires Condor 0000  
9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Distrito Camara 12 - Cidade: Aquinaz 13 - Estado: Ceara  
14 - CEP:  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 9-8870-1298

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA 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: ITAU

AGÊNCIA:    CONTA:    AGÊNCIA: 3827    CONTA: 49507

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital ou  
assinatura ou  
assinatura  
não alfabetizada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Fortaleza, 18 de Junho de 2020  
Lucas da Silva Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.750,00

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

CLIENTE: LUCAS DA SILVA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000049507-2

Autenticação:

E7F976D45EC507CE4E6494A23C203E37E16BA57AB8164664991DAF8F7ECA2993

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70  
CGF 06.105.848-3

**Nº CLIENTE:** 000003060899**MUNICÍPIO:** AQUIRAZ DISTRITO CAMARA**NOME:** MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA**ENDEREÇO:** RU JOAO PIRES CARDOSO 00000**CEP:** 61700-000**CPF:** 023.420.373-09**MÊS/ANO**  
09/2019**VENCIMENTO**  
31/01/2020**CONSC. kWh**  
0**VALOR EM R\$**  
10,08

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**TOTAL A PAGAR EM (R\$)****10,08**

COMPROVANTE ENEL

**Nº CLIENTE:** 000003060899**MUNICÍPIO:** AQUIRAZ DISTRITO CAMARA**CEP:** 61700-000**NOME:** MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA**ENDEREÇO:** RU JOAO PIRES CARDOSO 00000**TOTAL A PAGAR EM (R\$)****10,08**

83850000000 8 10080031100 7 00873908729 6 00003060899 6

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 Admissão: 02/10/2019 16:02  
 Nome: LUCAS DA SILVA GOMES  
 Pront.: 5638349 Data Nasc.: 06/10/1994 Idade: 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 987303560  
 Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA  
 Sexo: Masculino RG: 5041511 Município: AQUIRAZ  
 CEP 60000-000 Bairro: CAMARA  
 Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: LARANJA Classificador MA. LUCIENE N. COUTINHO COREN:41020 Horário 02/10/2019 16:10  
 Queixa: pac. vítima de colisão moto x carro com trauma na cabeça,, dor em quadril esq.fratura exposta de pé esq. há 01 hora  
 Fluxograma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO  
 Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: 98 Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: 8 Pulso/FC: 102 PA: 110/70 FR:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Médico: WALLAM LIMA ARAGAO CRM: 9882 Nº: 558417 Horário 02/10/2019 16:25  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO 1  
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS  
 Comorbidade:  
 HDA/Exame Físico:  
 PAC. VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM TRAUMA NA CABEÇA,, DOR EM QUADRIL ESQ.FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQ. HÁ 01 HORA

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Data: 02/10/2019 20:58

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/10/201 16:10	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	MA. LUCIENE N. COUTINHO

**EXAME**

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 Admissão: 02/10/2019 16:02  
 Nome: LUCAS DA SILVA GOMES  
 Pront.: 5638349 Data Nasc.: 06/10/1994 Idade: 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 987303560  
 Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA  
 Sexo: Masculino RG: 5041511 Município: AQUIRAZ  
 CEP 60000-000 Bairro: CAMARA  
 Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
02/10/2019 19:45	CAIO DA SILVEIRA JALES	T.O PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ÀS 14H DO DIA DE HOJE, ADMITIDO NESTE SERVIÇO COM FRATURA EXPOSTA GRAVE (GIII) DO MÉDIO PÉ ESQUERDO, COM PROVÁVEL LESÃO VASCULAR ASSOCIADA, COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM DE URGÊNCIA. CD: 1) SOLICITADO AVALIAÇÃO CONJUNTA PELA EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR 2) REALIZO AVISO CIRÚRGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA IMEDIATA

**PRESCRIÇÃO**

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES CRM 19325 02/10/19 19:47

Prescrição	Horário:
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA + -- / INTRAVENOSA / 12/12 H   FAZER 1º DOSE AGORA	
DIETA ORAL - DIETA GERAL   ZERO ATE SEGUNDA ORDEM	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   NÁUSEAS OU VÔMITOS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   NÁUSEAS OU VÔMITOS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   NÁUSEAS OU VÔMITOS	

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 Admissão: 02/10/2019 16:02  
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES  
Pront.: 5638349 Data Nasc.: 06/10/1994 Idade: 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 987303560  
Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA  
Sexo: Masculino RG: 5041511 Município: AQUIRAZ  
CEP 60000-000 Bairro: CAMARA  
Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

☐ Alta, Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

EXEMPLAR DE PROTOCOLO  
FUE TIRADA  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA 13 / 03 / 2020  
MATRICULA 51022  
SERVIDOR





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



CE

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1488534942

NOME  
LUCAS DA SILVA GOMES



DOC IDENTIDADE ORG EMISSOR UF  
5041511 MTPS CE

CPF DATA NASCIMENTO  
612.414.533-22 06/10/1994

RELACAO  
ADRIANO MARQUES GOMES  
MARIA JUCELINA  
MONTEIRO DA SILVA

PERMISSAO ACC CAT HAB  
PERMISSAO AB

Nº REGISTRO  
06883041800

VALIDADE  
16/05/2018

1ª HABILITAÇÃO  
16/05/2017

OBSERVAÇÕES

EAR;

Lucas da Silva Gomes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
EUSEBIO, CE

DATA EMISSÃO  
17/05/2017

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

11500248896  
CE157241335

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1488534942



Scanned with  
CamScanner

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 016004895246

DIG 1

VIA

COD RENAVAM

1098107984

ANTRC

EXERCÍCIO

0000000000

2019

.....  
 LUCAS DA SILVA GOMES  
 .....  
 .....

AQUIRAE /CE

CNP / CNPJ

61241453322

PLACA

PN21918/CE

PLACA ANT - DI

...../CE

QUASS

9C2KC2200GR059875

ESPECIE / TIPO

PAS/MOTOCICLO/MAC APLIC

COMBUSTIVEL

GASOL/ALCO

MAUCA / MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAL

ANO / MOD

2016

2016

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0CV/162CC

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC / COTAS

....., ..

.. / .. / ..

1º .....

PARA PVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º .....

...

....., ..

3º .....

PREMIO TARIFFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.32

84.58

30/12/2019

OBSERVAÇÕES

.....  
 EXCLUIÇÃO DE PONTE OBRIGATORIO  
 .....  
 .....  
 .....

DATA

**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**

Número do Sinistro: 3200219540  
Nome do(a) Examinado(a): Lucas da Silva Gomes  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Pires Cardoso, S/N  
Camara Aquiraz CE CEP: 61700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2006015194604  
Data local do acidente: [ 02/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 14/07/2020 ] FORTALEZA [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADA LIMPEZA E FIXAÇÃO DE FRATURAS. EVOLUIU COM NECROSE E AMPUTAÇÃO DO PÉ.**

**Complicações: NECROSE E AMPUTAÇÃO DO PÉ.**

**Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PERDA ANATÔMICA DO PÉ ESQUERDO**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA ANATÔMICA DO PÉ ESQUERDO**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) 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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

**Vítima:** LUCAS DA SILVA GOMES

**CPF:** 612.414.533-22

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCAS DA SILVA GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**LUCAS DA SILVA GOMES : 612.414.533-22**

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: 19/06/2020  
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES  
CPF: 612.414.533-22

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LUCAS DA SILVA GOMES

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

BRASIL

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2458639/2020

**Situação:**

Encaminhamento automático

**Via:**

Internet

**Reclamada:**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO  
DPVAT S.A.**Data:**

25/06/2020 14:53:36

*Dados do reclamante***Segurado:**

LUCAS DA SILVA GOMES

**UF:**

CEARÁ

**CPF/CNPJ:**

612.414.533-22

*Formas de contato***E-mail:**

denuncieakifortal@gmail.com

**Telefone:**

(85) 8870-1298

**Endereço:**

Rua Pereira Filgueiras 1300

**Bairro:**

Aldeota

**CEP:**

60.160-150

**Cidade:**

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Onde foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3200219540, onde foi enviada toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está me fazendo cobranças abusivas do boletim de ocorrência solicitando um novo B.O ou aditamento do que já foi enviado, sendo que já enviei um B.O informando a dinâmica do acidente, com os demais dados devidos, e também assinado por uma autoridade competente. SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial. Não estou de acordo com a cobrança indevida.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

*Documentos*

Tipo	Número	Conteúdo
------	--------	----------

**Encaminhamentos****Atendente****Data**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br  
Texto:  
Senhor (a) Ouvidor (a),

25/06/2020 14:53:36

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, [Clique aqui](#)

---

Barra GovBr





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

**Número do Sinistro:** 3200219540

**Vítima:** LUCAS DA SILVA GOMES

**CPF:** 612.414.533-22

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCAS DA SILVA GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

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: 26/06/2020

Nome: LUCAS DA SILVA GOMES

CPF: 612.414.533-22

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

LUCAS DA SILVA GOMES

ANDERSON DE SOUZA LEITE

BRASIL

*Dados da Reclamação***Protocolo:**

2458639/2020

**Situação:**

Encaminhamento automático

**Via:**

Internet

**Reclamada:**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO  
DPVAT S.A.**Data:**

25/06/2020 14:53:36

*Dados do reclamante***Segurado:**

LUCAS DA SILVA GOMES

**UF:**

CEARÁ

**CPF/CNPJ:**

612.414.533-22

*Formas de contato***E-mail:**

denuncieakifortal@gmail.com

**Telefone:**

(85) 8870-1298

**Endereço:**

Rua Pereira Filgueiras 1300

**Bairro:**

Aldeota

**CEP:**

60.160-150

**Cidade:**

FORTALEZA

*Dados da denúncia***Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Onde foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3200219540, onde foi enviada toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está me fazendo cobranças abusivas do boletim de ocorrência solicitando um novo B.O ou aditamento do que já foi enviado, sendo que já enviei um B.O informando a dinâmica do acidente, com os demais dados devidos, e também assinado por uma autoridade competente. SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial. Não estou de acordo com a cobrança indevida.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

*Documentos*

Tipo	Número	Conteúdo
------	--------	----------

**Encaminhamentos****Atendente****Data**

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br  
Texto:  
Senhor (a) Ouvidor (a),

25/06/2020 14:53:36

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, [Clique aqui](#)

---

Barra GovBr



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

**Número do Sinistro:** 3200219540

**Vítima:** LUCAS DA SILVA GOMES

**CPF:** 612.414.533-22

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCAS DA SILVA GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

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: 26/06/2020

Nome: LUCAS DA SILVA GOMES

CPF: 612.414.533-22

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

LUCAS DA SILVA GOMES

ANDERSON DE SOUZA LEITE

A Seguradora Líder

SINISTRO: 3200219540

CPF: 612.414.533-22

Venho por meio desta pedir a compreensão dos  
senhores analistas para que deem seguimento ao  
meu processo cujo sinistro citado acima, está pendente  
do boletim de ocorrência. Sendo que enviei um que descreve o ocor-  
rido no acidente. Junto a esta carta irei enviar a cópia  
do det (documento da moto), para que vocês possam  
fazer a análise e logo após a marcação da minha  
perícia, visto que estou impossibilitado de exercer  
qualquer atividade física devido as sequelas permanentes  
que tenho deste acidente.

Não estou de acordo com essa cobrança abusiva.

Fontalezalee 07/07/2020

x Lucas da Silva Gomes

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

**Número do Sinistro:** 3200219540

**Vítima:** LUCAS DA SILVA GOMES

**CPF:** 612.414.533-22

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCAS DA SILVA GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

DUT

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: 08/07/2020  
Nome: LUCAS DA SILVA GOMES  
CPF: 612.414.533-22

LUCAS DA SILVA GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200219540

**Cidade:** Aquiraz

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUCAS DA SILVA GOMES

**Data do acidente:** 02/10/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** PERDA ANATÔMICA DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** REALIZADA LIMPEZA E FIXAÇÃO DE FRATURAS.  
EVOLUIU COM NECROSE E AMPUTAÇÃO DO PÉ.  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT ANATÔMICO COMPLETO EM PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/07/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PÉ ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170045/20

**Número do Sinistro:** 3200219540

**Vítima:** LUCAS DA SILVA GOMES

**CPF:** 612.414.533-22

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCAS DA SILVA GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

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: 26/06/2020

Nome: LUCAS DA SILVA GOMES

CPF: 612.414.533-22

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

LUCAS DA SILVA GOMES

ANDERSON DE SOUZA LEITE