

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

> 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 **WEB1.20.01460171-0** em **22/09/2020 14:24:54**.
- 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** : 0249819-76.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01460171-0  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 22/09/2020 14:24:54

### 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\*** : 2752600\_CONTESTACAO\_01 - 1-11.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2752600\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-23.pdf

### Downloads

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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200242949**

**Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS**

**Data do Acidente: 02/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200242949**

**Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS**

**Data do Acidente: 02/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200242949**      **Vítima: MARCELLO RIBEIRO BARROS**

**Data do Acidente: 02/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCELLO RIBEIRO BARROS**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =      R\$ 843,75

**Recebedor: MARCELLO RIBEIRO BARROS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 237**

**Agência: 000000758-7**

**Conta: 0000018306-7**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem erros, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/ reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou ó Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2: "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Município de Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

037.746.653-03

Morelle Ribeiro Bonos

**DADOS DO RECIPIÊDO DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Morelle Ribeiro Bonos

CPF titular da conta

037.746.653-03

Profissão

recurso

Endereço

Rua 6 lot. Parque Verde

Número

324

Cidade

Canindézinho

Estado

SP

Foral

CEP

00732-443

Telefone (010)

(25) 198774-9995

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

FAIXA DE INVESTIMENTOS	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	ATÉ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ATÉ R\$ 10.000,00	

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASÍLICO (237) - BANCO DO BRASIL (001) - ITAÚ (341) - CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA	CONTA
000	000

BANCO

Nº

Agência

Nº

Conta

Nº

Agência

Nº

Conta

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Assine em 29 de Setembro de 2018*  
Local e Data

**RECEBEMOS**

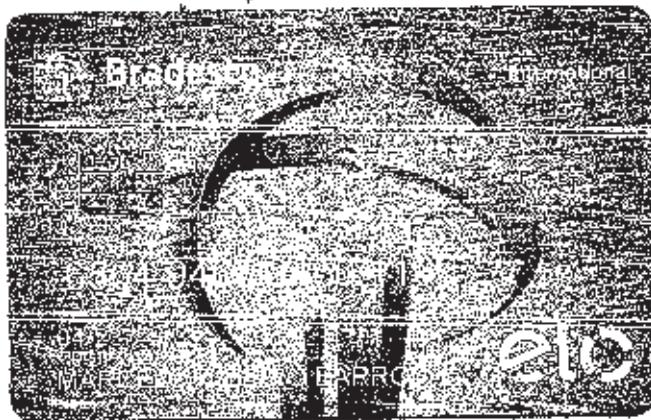
03/09/2018

*Morelle Ribeiro Bonos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

03/09/2018

*Neida Ferreira de F. Nobre*  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 24.487.735/0001-06



RECEBEMOS

03/01/2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.735/0001-06



*Karine*

Impresso nº 20188023

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4074 / 2018

*Cola*  
**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **18/09/2018 08:39:39**  
 Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2018 17:40:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AUDIZIO PINHEIRO, 55**  
 Complemento:  
 Bairro: **HENRIQUE JORGE** Município: **FORTALEZA/CE**  
 Ponto de Referência: **PROX A UNITEMIL**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARCELLO RIBEIRO BARROS** RECEBEMOS  
 Nascimento: **27/09/1989** CPF: **037.746.653-03**  
 RG: **2002010208132** Orgão Emissor: **SSPDS** 03 OUT 2018 UF: **CE**  
 Filiação: **MARIA NEUDA RIBEIRO BARROS**  
**MARCIO SOUZA BARROS**  
 Endereço: **RUA K LOT PARAISO VERDE , 324** Maria Gecineide F. Nobre  
 Bairro: **CANINDEZINHO** Corretora de Seguros Eireli  
 Município: **FORTALEZA/CE** CNPJ: 21.487.736/0001-18  
 País: **BRASIL** CEP: **60.732-443**  
 Telefone: **(85) 98686-1767**

**Dados da(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OHJ5326** Uf: **AL** Município: **MACEIO** Chassi:  
**9C2JC4130DR010733** Renavam: **584223838** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 CARGO KS** Ano:  
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**VERMELHA** Proprietário: **CBA CIA DE BEB E ALI S FRANCISCO**  
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OHJ-5326; QUE TRAFEGAVA PELA AV. AUDIZIO PINHEIRO E ACABARA DE SAIR DO TRABALHO E ESTAVA RETORNANDO PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA, QUE AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**JAIENE ARARIPE**  
Serviço Registrado

Região: Ceará - Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
Av. Jaime de Almeida Andrade, 100 - Bairro: Centro - CEP: 62056-000 - Telefone: (85) 3215-3301 - www.sedec.ce.gov.br

ALIENIFICADA - Certifico que esta fotocópia é reprodução  
data: 12/10/2018 - Representante: *Jaime Araripe* - Assinado digitalmente  
data: 12/10/2018 - Representante: *Jaime Araripe* - Assinado digitalmente  
data: 12/10/2018 - Representante: *Jaime Araripe* - Assinado digitalmente  
data: 12/10/2018 - Representante: *Jaime Araripe* - Assinado digitalmente

03



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



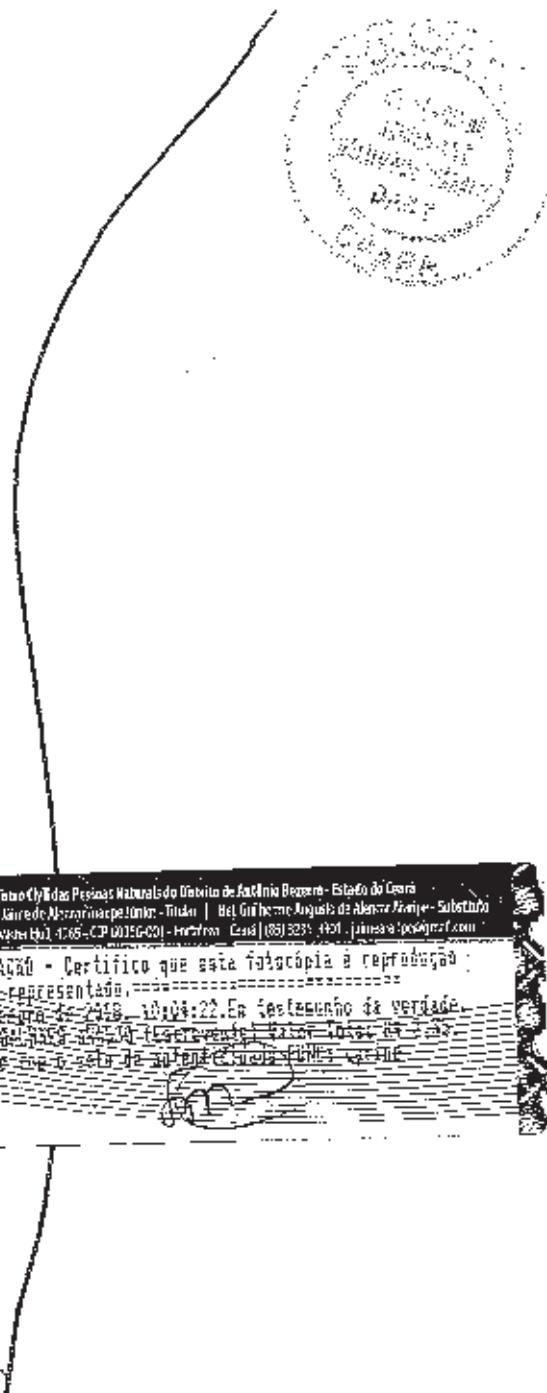
Impresso nº 20188023

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4074 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Hercílio Ribeiro Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.733/0001-06



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dedos da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL\*** (caso seja aplicável) sem rascunhos. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Marcello Rubens Barros*

CPF da Vítima

*067.746.688-06*

Data do Acidente

*02/07/18*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 6.784/74), uma vez que:

**Assinale uma das opções abaixo:**

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 6.784/74.

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

**RECEBEMOS**

*03 OUT 2018*

*Marília Gessineide F. Nobre*  
Geradora de Seguros Ecolí  
CNPJ:21.487.736/0001-06

*03/10/2018*

Local e Data

*as. Marcello Rubens Barros*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAP FORTALEZA

Wista & Imagery

SEARCHED: 2524779

Data 02/07/2018

Pág. 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento: 27/09/1989 Sexo: M RG: 2002010208132 SSP CE: CPF: 03774665303

Endereço : RUA CURITIBA 542 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60542300

Encuentro Virtual CORRIENTES

Matrícula: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

### Quelxa Principal:

#### FRATU TORNOZELO ESQUERDO

### Example:

#### TC TORNозELO ESQUERDO

IVzRáV

5187479951

TÉCNICA: Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

#### COMENTÁRIOS:

- Fratura cominutiva na região metaepifisária distal da tibia, com extensão ao maléolo medial e à face articular tibiotáler. Há desalinhamento dos fragmentos ósseos.
  - Adensamento de planos adiposos do tornozelo, compatível com edema/hematoma.

## CONCLUSÃO:

## **CONCEPÇÃO JÁ LINHO DESCritivo**

\* Exame documentado em CD.

1600-1615

## RECEREMOS

MANUELA CARDOSO DE OLIVEIRA - CRM 21626-BA

03 JUL 2018

Maria Goshenide F. Nobre  
Correteria de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.730/0001-00

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MARCELLO RIBEIRO BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00758-7

CONTA: 000000018306-7

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2107202005000000000237007580000001830684375 PAGO



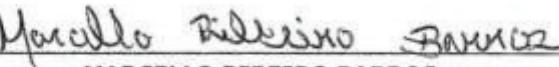
**DECLARAÇÃO  
 PROPRIEDADE DE VEÍCULO – PESSOA JURÍDICA**

A empresa, **NORSA REFRIGERANTES S/A** (sucessora por incorporação da CBA INDUSTRIA E COMERCIO DE BEBIDAS E ALIMENTOS LTDA inscrita no CNPJ nº 08.965.289/0001-95), situada na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, à Av Washington Soares, nº 55, 9º andar, sala 902, Edson Queiroz, inscrita no CNPJ nº 07.196.033/0001-06, com filial em Maracanaú, Estado do Ceará, inscrita no CNPJ nº 07.196.033/0021-41, por meio desta, declara, sob as penas da Lei, a propriedade do veículo abaixo descrito na data do acidente ocorrido, cujo o condutor e vítima era o Sr. **MARCELLO RIBEIRO BARROS**, e que este compõe o quadro de empregados da empresa declarante.

<b>Veículo: MOTOCICLO</b>
<b>Modelo: HONDA/CG 125 CARGO KS</b>
<b>Ano: 2013/2013</b>
<b>Placa: OHJ5326</b>
<b>Chassi: 9C2JC4130DR010733</b>
<b>Cor: VERMELHA</b>
<b>Data do Sinistro: 02/07/2018</b>

Fortaleza, Ceará, 02 de janeiro de 2019.

  
**NORSA REFRIGERANTES S/A**  
 Declarante

  
**MARCELLO RIBEIRO BARROS**

Condutor/Vítima

**CARTÓRIO**  
  
**JEREISSATI**



CARTÓRIO JEREISSATI – REGISTRO CIVIL DA 2ª ZONA DAS PESSOAS NATURAIS – ESTADO DO CEARÁ  
 OFICIAL DO REGISTRO CIVIL - MARIA DE SALETE JEREISSATI DE ARAUJO

R. Major Faustino, 704 – Centro – Fortaleza/CE – CEP: 60.105-000 – Tel: (85) 3200-2185 – Fax: (85) 3255-3004 – [cartoriojereissati.com.br](http://cartoriojereissati.com.br)  
 Cód. (3139496640130) 70 Reconheço por SEMELHANÇA as assinaturas de MARIO  
 ANTONIO VERONEZI, BERNARDO JEREISSATI LEGEY, Fortaleza, 8 de janeiro de 2019.  
 Em testo  da verdade. ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES (ESCREVENTE) Valor  
 Total R\$ 6,00

Total R\$ 6,00

Valido somente com o selo de autenticidade.

  
**ESCREVENTE**  
**ANNA KARINA DE OLIVEIRA MEIRELES**



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAP FORTALEZA

Vida & Imagem

Nº Pedido: 26859042

Data 03/07/2018

Pag 1 de 1

---

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento.: 27/09/1989 Sexo: M RG.: 2002010208132 SSP CE CPF.: 03774665303

Endereço...: R K 324 SICIURA II FORTALEZA CE 60542300 Tel.: 989615110

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula.: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) BRUNO DE BRITO BOTE

---

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

IV{aOE

5188624431

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos e em maléolo medial com parafusos metálicos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico-radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

---

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecinilde F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-08



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDÁ IMAGEM.  
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA  
Nº Pedido: 26358183

Data 03/08/2018  
Pag 1 de 1

Paciente...: 7382133 MARCELLO RIBEIRO BARROS

Nascimento: 27/09/1989 Sexo: M RG: 2002010208132 SSP CE CPF: 03774685303

Endereço...: R K 324 SICIURA II FORTALEZA CE 60542300

Tel.: 989615110

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula...: 17742009471000018

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO PA

Queixa Principal:

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - ESQUERDO

!W^7dE

5258206621

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos e em maléolo medial com parafusos metálicos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

João 013

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4262-TO

RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Cometora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06



ANTÔNIO  
PRUDENTE

## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001  
60055-540 FORTALEZA - CE

### RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: BRUNO DE BRITO BOTELHO

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Data do Atendimento: 10/07/2018

\*Marcello Ribeiro  
Barros  
33001287  
EVF.

#### RECEITA

Novalgina 1g ----- 01 cx  
- Tomar 01 comprimido de 6/6 horas, se tiver dor.

Reposo com a perna elevada para evitar o inchaço e não pisar.

Curativo se tiver secreção.

Movimentar o tornozelo.

Evitar pressão contra o joelho.

Retorno para nova consulta em 10/07/2018.

#### RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.467.736/0001-06

Dr. Bruno de Brito Botelho  
CRM: 9333  
Osteopatia e Fisioterapia 433  
CRM: 9333



**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**  
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001  
60055-540 FORTALEZA - CE

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR**

Nome Completo: BRUNO DE BRITO BOTELHO

- 1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria  
2º Via orientação ao Paciente

CRM: 9329 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.  
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

6206.20-4653  
6206.20-4653  
6206.20-4653  
6206.20-4653  
6206.20-4653

**CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO**

Paciente: MARCELLO RIBEIRO BARROS

Endereço: K 324 SÍQUIRA II FORTALEZA CE 60542300 Tel. 989615110

Prescrição: CEFADROXILA 500MG ----- 08 CP  
- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (4 DIAS)

FLANCOX 500MG ----- 01 CX  
- TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS (7 DIAS)

NOVALGINA 1G ----- 01 CX  
- TOMAR 01 COMPRIMIDO ATÉ DE 6/6 HORAS SE TIVER DOR

REPOUSO COM A Perna ELEVADA E NÃO PISAR.

ANDAR COM AUXÍLIO DE MULETAS APOIANDO NA Perna DIREITA.

CURATIVO A CADA 2 DIAS, LAVAR COM SORTE FISIOLÓGICO 0.9%, CURATIVO COM GAZE +  
MICROPORE OU ATADURA.

RETORNO PARA REVISÃO NA EMERGÊNCIA DE TRAUMATOLOGIA COM 1 SEMANA, NA TERÇA PELA  
MANHÃ A PARTIR DE 7HS, 3277-4029 - RETORNAR ANTES SE FOR NECESSÁRIO. dr bruno ou dr  
rafael

*\*marcello Ribeiro Barros*

*3300 1287*  
*EVF.*

Data : 03/07/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

**RECEBEMOS**

03 OUT 2018

Maria Cecília F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 01.497.738/0001-04

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) MARCELLO RIBEIRO BARROS encontra-se em tratamento pós-operatório por patologia de CID: S82.8 (fratura do tornozelo esquerdo), devendo ausentarse de suas atividades por um período de noventa (90) dias para tratamento traumatológico e fisioterápico de reabilitação.

À disposição

Fortaleza, 03 de julho de 2018

## RECEBEMOS

03 Q1T 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Correitora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.735/0001-98

62520-160  
RECORDED BY TELETYPE  
MAY 22 1968



RECEBEMOS

03 OUT 2018

Maria Cecília F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CHPJ 21.487.706/0001-06



SPECIMEN

03 JUL 2018

Maria Cecília F. Nobre  
Coordenadora de Seguros Enel  
37 7361-0105

SEGURIDAD OBLIGATORIA AUTOMOTORES DE VEHICULOS TRANSPORTES	
AL. N° 013564	0
1	1
3	ESTE ES PARA MAS DE UNA
1	MEJOR
0	SA
6	
2	
6	
0	
3	
4	
01	089
PERMISO	
00504230A38	
ANIO FFE	11-2013
2013	9
FNE 100%	
81,20	
CUSTO DO REEMBOLSO	
4,15	
PAGA	
X CON UNICA	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200242949      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS      **Data do acidente:** 02/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTE OSSÍNSESE(PLACA E PARAFUSOS)(P.3,5,8) ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200242949      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS      **Data do acidente:** 02/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTE OSSÍNSESE(PLACA E PARAFUSOS)(P.3,5,8) ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @(5)CONFORME DOCUMENTO MÉDICO( PÁGINA 5), COM DATA DE 25/09/2018 EMITIDA PELO DR.BRUNO BRITO BOTELHO CRM/CE 9329 DO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE, INFORMANDO EVOLUÇÃO SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS E ALTA MÉDICA.  
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363564/18

**Número do Sinistro:** 3180463819

**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS

**CPF:** 037.746.653-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/07/2018

MARCELLO RIBEIRO  
BARROS

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2019  
Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS  
CPF: 037.746.653-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

---

MARCELLO RIBEIRO BARROS

---

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190239/20

**Vítima:** MARCELLO RIBEIRO BARROS

**CPF:** 037.746.653-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/07/2018

MARCELLO RIBEIRO  
BARROS

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### MARCELLO RIBEIRO BARROS : 037.746.653-03

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: 08/07/2020  
Nome: MARCELLO RIBEIRO BARROS  
CPF: 037.746.653-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

MARCELLO RIBEIRO BARROS

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA