

**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 **WEB1.20.01556858-0** em **13/11/2020 11:18:43**.
- 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 : 0260692-38.2020.8.06.0001

Protocolo : WEB1.20.01556858-0

Tipo da petição : Contestação

Assunto principal : Seguro

Data/Hora : 13/11/2020 11:18:43

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* : 2764910_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf

Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Documentação : 2764910_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. 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, 21 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190391135

Vítima: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190391135

Vítima: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190391135**

Vítima: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000000610-6**

Conta: **000000029524-8**

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.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

019.890.523-80

Nome completo da vítima:

Renan Dal Zotto Barilho da Silva

CPF:

019.890.523-80

Número:

2933

Complemento:

Ap. 602

CEP:

60356-001

Tel.(DDD):

(65) 99147.7500

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Barro:

Cidade:

E-mail:

Renan Dal Zotto Barilho da Silva

Av. Míster Hull - Cd. Green Paradise 2

Fortaleza

Estado:

Ce

RS 001,00 ATÉ RS 5.000,00

RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

RS 7.001,00 ATÉ RS 10.000,00

ACIMA DE RS 10.000,00

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

RENDIMENTO:

REUSO INFORMAR

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

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0610

CONTA: 0029524

(Informar o dígito se existir)

8

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

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 não 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 suometer à avaliação médica às custas de Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, ressalvado o discurso do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS O BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no cas.) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou comitinho(a): Sim Não Se a vítima deixou comitinho(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 399 do Código Penal.

Local e Data: Fortaleza, 26/03/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do intenso teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	019.890.523-80	Renan Dal Zotto Basilio da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:		019.890.523-80	Número:	Complemento:
Endereço:		Av. Mister Hull 2933		
Bairro:	Centaliza	Estado:	Paraná	CEP:
Cidade:		60.356-000		Tel.(DDD):
E-mail:		155198370-1298.		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0610

CONTA: 0029524

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

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):

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prazeguimento 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

Investprev Seguradora S/A

21 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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



Local e Data, Goitacaz, 06 de junho de 2019.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Renan Dal Zotto Basilio da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



Impresso nº 2019188871

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 908 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 12:42:25**
Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DOM SEBASTIÃO LEME**
Complemento:

Bairro: **FATIMA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA**
Nascimento: **14/02/1986** CPF: **019.890.523-80**

RG: **2000015052622** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **GILBERTA MARIA BASILIO DA SILVA**

Endereço: **AVENIDA MISTER HULL, 2933**

Bairro: **ALAGADICO**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **60.356-000**

Telefone: **(85) 98212-4016**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM0613** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **KPTC0B16SBP076955** Renavam: **330788728** Tipo do Veículo: **CAMIONETA** Marca / Modelo: **I/SSANGYONG ACTYON A23 4 Ano** Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA COMO PASSAGEIRO DE UM CARRO DE PLACAS OCM-0613 QUE ERA CONDUZIDO POR JOSÉ CLEDES MORAIS NUNES DE CNH NUMERO 05725209201, QUE TRANSITAVAM PELA RUA DOM SEBASTIÃO LEME QUE O REFERIDO CONDUTOR DO CARRO AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM UM ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Renan dal Zotto Basilio da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MARCIA NOGUEIRA SANTOS - MAT.: 012875-1-6



Impresso nº 2019188871

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 908 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 12:42:25**
Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DOM SEBASTIÃO LEME**
Complemento:
Bairro: **FATIMA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA**
Nascimento: **14/02/1986** CPF: **019.890.523-80**
RG: **2000015052622** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **GILBERTA MARIA BASILIO DA SILVA**
Endereço: **AVENIDA MISTER HULL, 2933**
Bairro: **ALAGADICO**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A
UF: **CE**
Data: **21 JUN 2019**
CNPJ: **42.366.302/0001-28**
CEP: **60.356-000**

Telefone: **(85) 98212-4016**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM0613** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **KPTC0B16SBP076955** Renavam: **330788728** Tipo do Veículo: **CAMIONETA** Marca / Modelo: **I/SSANGYONG ACTYON A23 4** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA COMO PASSAGEIRO DE UM CARRO DE PLACAS OCM-0613 QUE ERA CONDUZIDO POR JOSÉ CLEDES MORAIS NUNES DE CNH NUMERO 05725209201, QUE TRANSITAVAM PELA RUA DOM SEBASTIÃO LEME QUE O REFERIDO CONDUTOR DO CARRO AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM UM ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Renan Dal Zotto Basilio da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SORRIMÃ - MAT.: 012875-1-6

**Bela. Diana Marcia Nogueira Sorrimã
Delegada de Policia Civil
Mat. 12875-1-6**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

019.890.523-80

Renan Dal Zotto Basilio da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

CPF:

Número:

CEP:

Estado:

Complemento:

CEP:

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

RENDAS CADASTRAIS

RECUSO INFORMAR

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

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0610

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0029524

(Informar o dígito se existir)

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

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 não 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 Lider para verificação da existência e quantificação das perdas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS O. BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (noivo) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou herdeiro(a): Sim Não

Se a vítima deixou herdeiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filho(s), informar quantos:

Vítima deixou herdeiro(a) vivo(s): Sim Não

Vítima deixou herdeiro(a) vivo(s): Sim Não

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou herdeiro(a) vivo(s): Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e a prova, 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.

Local e Data: Fortaleza, 26/03/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 29 MAR 2019

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Renan Dal Zotto Basilio da Silva**, no dia **12/06/2018**, às **09h10min**, na **Rua Dom Sebastião Leme**, no **Bairro Fátima**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pela Sra. **Ana Paula Bezerra da Silva**. Processo nº **P278788/2018**.

Fortaleza, 23 de julho de 2018.

Atenciosamente,



Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza
Reinaldo Silva Machado
Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



ACIDENTES

Nº: BO69420

DATA: 12/06/2018 HORA DA OCORRÊNCIA: 08:34

DIA DA SEMANA: Terça-feira

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO

OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ

TIPO DE PISTA: SIMPLES

OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ

FAIXA PI SENTIDO: 2

CONDICOES DA PISTA: BOA

CONDICOES DA CALÇADA: BOA

ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO

ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO

SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA

SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: CONDIÇÃO RUIM

SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO

OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ

TIPO DE PISTA: SIMPLES

OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ

FAIXA PI SENTIDO: 1

CONDICOES DA PISTA: BOA

CONDICOES DA CALÇADA: BOA

ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO

ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO

SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA

SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: CONDIÇÃO RUIM

SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO

OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ

TIPO DE PISTA: SIMPLES

OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ

FAIXA PI SENTIDO: 1

CONDICOES DA PISTA: BOA



2. ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO TRANSVERSAL

ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA:

EDIFICAÇÃO

QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutores Fios:

Passageiros Fios:

Passageiros Feridos:

Passageiros Mortos:

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Danificados: 2

Sem Danos: 0

Esfaldos: 0

Condições do Local:

TEMPO: BON

LOCAL: RESIDENCIAL

ILUMINAÇÃO: LUZ DO DIA

TIPO DE CRUZAMENTO: CRUZ

SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA

CONTROLE DE TRAFEGO: PARE

Condições do Veículo:

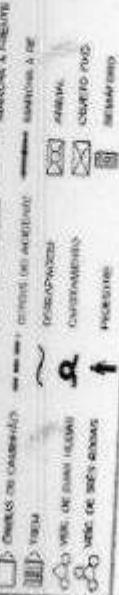
VEÍCULO 1: 00000000000000000000000000000000

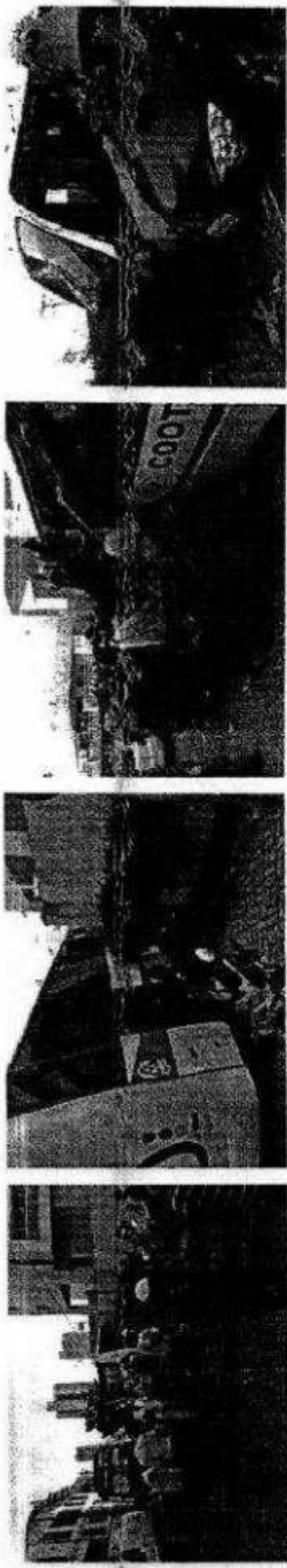
VEÍCULO 2: 00000000000000000000000000000000

VEÍCULO 3: 00000000000000000000000000000000

VEÍCULO 4: 00000000000000000000000000000000

VEÍCULO 5: 00000000000000000000000000000000





21 16 18

A
Vila



MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

53901

Verga/Elja 26 Junho 2018

CHAVE DE AUTENTICIDADE:

Bb77b5c01719c47d4b1179cb3380e63a - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geofis.foiadeza.ce.gov.br/boavet_arnc/chaveBOAT.xhtml

PÁGINA 3 DE 4

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: 12/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00610-6

CONTA: 000000029524-8

Nr. Autenticação

BRADESCO12072019050000000002370061000000029524337500 PAGO

vivo

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Barini, 1370,
Bld. Esq. Bemal
Cidade Monções
CEP: 04571-000 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-62
Insc. Est: 100342440112
http://www.vivo.com.br

Cadastro do Assinante

Nome: ANA PAULA BEZERRA DA SILVA
Endereço: AVENIDA MISTER HULL 2933 CD GREEN PARADISE 2 BL VIOLET AP 602 PRESIDENTE KENNEDY -
60366-001 - FORTALEZA / CE
Código do cliente: 8999 9540 2363 DV: 3
Mês de referência: Fevereiro/2019
Número da fatura: 0780390967-0 Tipo de cliente: Residencial
Número do telefone: 8530326466
Data de emissão: 15/02/2019
Estado de instalação: Ceará

02/03/2019
216,00

Descrição da sua fatura

RESUMO

Plano Contratado / Serviços Mensais

Internet

Serviço Internet: Power Smart 25 Mega **1000**

Serviços

Serviços Digitais - G4U, DKids, ESPN, CN, E!

Telefone

Ilimitado Total Smart - Assinatura Mensal 1 Linha **1000**Ilimitado Total Smart - Franquia Mensal **1000**

TV por Assinatura

HBO Max Digital

Pacote Ultra HD - DTH **1000**

Ponto Adicional Promo - DTH

Total

VALOR (R\$)

36,78

16,39

29,82

25,63

19,42

76,00

7,76

216,00

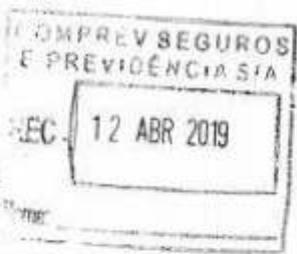
TOTAL GERAL A PAGAR

216,00

Histórico de consumo

Total utilizado em: min/seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Janeiro Fevereiro Março



Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e o bloqueio nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O reembolso por inscrição é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 22 da Resolução Anatel nº 429/2005; para SGM artigo 40º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 489/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mês para: 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(038) PSASLG004/POSISCM (038) PAS 043/POS/LOCAL (038) PASG 043/POS/LOCAL (068) PSTV/3/0003/SeAC

Desapega API

Autenticação: Mecânica

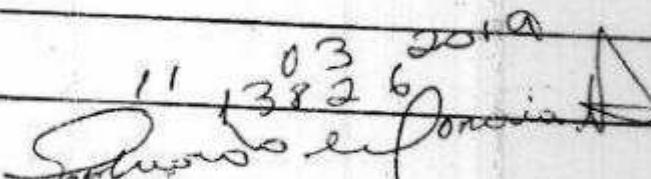
Nome do Cliente ANA PAULA BEZERRA DA SILVA			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9540 2363	Código para Cadastramento de Débito Automático 899995402363-3	Número da Fatura 0780390967-0	Data de Vencimento 02/03/2019	Valor a Pagar (R\$) 216,00

84650000002 7 16000082089 6 99954023630 7 78039096799 7

**vivo**

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				DATA/HORA: 12/06/2018 09:46:03	
NR: 705004411824159	NOME: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA			Registro: 5566872	
PF: 01989052380	RG:	D. NASC: 14/02/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: GILBERTA MARIA BASILIO DA SILVA		NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO			
ENDereço DE LOGRADOURO: Avenida		ENDERECO DO PACIENTE: MISTER HULL 5329		Nº: 1933	BAIRRO: PICI
APARTAMENTO:		TELEFONE: 991261980	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 80366872
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
ENDEREÇO: Samu 03 cond Fazenda	PARENTESCO:		TELEFONE: 991261980		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOVIDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou ônibus.					
DIAGNÓSTICO: CORPO CARRO/MICROONIBUS APRESENTANDO HEMATOMA NO SUPERCILIO D+ HEMATEMESE+ RESAIXAMENTO DE SENSORIO.					
OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		SINAIS VITIAIS:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA	
		Escala de Dor: Sem dor			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Exame Físico					
Gordura					
<p style="text-align: center;">  11 13826 2019 </p>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
TRABALHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			





ANTÔNIO
PRUDENTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que a paciente RENAN DAL ZOTTO BASÍLIO DA SILVA, apresenta sequelas motoras de traumatismo crânioencefálico grave, no momento apresentando limitações para realizar determinadas atividades instrumentais de vida diária (escrever, desenhar, manuseio de instrumentos e ferramentas, etc.).

CID: S06; T90.5; V873

Fortaleza, 13 de julho de 2018





Director: Dr. José Daniel Viana da Costa
CRM 6950

Nome: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA
Solicitante: Dr(a). EDILSON T. SHOJI
Emissão: 27/09/2018

RM Crânio

Técnica:

AXIAL FLAIR + T1 + T2 CORONAL T1 FFE + Contraste SAGITAL T2
AXIAL T1 + Contraste AXIAL T2 FFE DIFUSÃO

RELATÓRIO:

- Imagem de contornos algo irregulares e limites parcialmente definidos, exibindo intensidade de sinal semelhante ao líquor nas sequências de pulso estudadas, acometendo focalmente a região frontal esquerda da baixa convexidade, estendendo-se ao giro reto, sem exercer efeito expansivo. Não se observa realce pelo meio de contraste paramagnético endovenoso. Nota-se halo de hipersinal no FLAIR e nas sequências ponderadas em T2, sugerindo gliose.
- Presença de algumas imagens ovaladas/arredondadas, sem efeito expansivo, que apresentam hipersinal nas sequências FLAIR e pesadas em T2, dispersas pela substância branca cerebral, bilateralmente.
- Focos ovalados de hipossinal na sequência T2* (gradiente-eco), infracentimétricos, esparsos pelo parênquima cerebral bilateralmente, também visualizados no mesencéfalo e na ponte.
- Acentuação leve de sulcos corticais, cisternas e fissuras cerebrais.
- Dilatação leve dos ventrículos cerebrais supratentoriais.
- Cerebelo e IVº ventrículo dentro dos limites da normalidade.
- Não visibilizamos coleções extra-axiais.
- Após a administração endovenosa do meio de contraste paramagnético não foram observadas zonas de realce anômalo.

Continua.....





Humana
Imagem

CRM 8258
Diretor: Dr. José Daniel Mello de Castro

Nome: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA
Solicitante: Dr(a). EDILSON T. SHOJI
Emissão: 27/09/2018

RM Crânio

IMPRESSÃO: O presente estudo mostra achados sugestivos de:

1. Área de encefalomácia/gliose na região frontal esquerda da baixa convexidade.
2. Alterações da substância branca cerebral que podem representar focos de desmielinização e/ou gliose.
3. Imagens que podem corresponder à sequela de micro-hemorragias e/ou a calcificações esparsas pelo parênquima cerebral bilateralmente, também visualizados no mesencéfalo e na ponte; tais achados podem ser observados em lesão axonal difusa, na dependência de correlação clínica específica.
4. Acentuação leve de sulcos corticais, cisternas e fissuras cerebrais, achado não habitual para a faixa etária.
5. Dilatação leve dos ventrículos cerebrais supratentoriais.

Dr. Fco. Andrey Holanda Tinoco
CRM 8258



Convênios ABHBM, Banco Central, Amil - Free Life, Cafaz, Cimed, Capesulide, Cassi, Correios, Fuma, Gamec, Gasa, Hopulon, IPM, ISSEC, Interdoctor, Particular, Plan Assista, Saúde Bradesco, Saúde Celta, Serpro, Unimed (Mútua e Unimed).

R. Nunes Volente 2620 - Dionísio Torres - CEP 60125-071 - Fortaleza - Ceará
CNPJ 02.453.938/0001-92 - Tel: (85) 3264.2160

HAPCLINICA LOBO FILHO - HAPVIDA - HAPFOR

DR. EDILSON TOSHIO SHOJI

DR. EDILSON TOSHIO SHOJI

MÉDICO E NEUROCIRURGÃO COM TÍTULO DE ESPECIALISTA PELA AMB
MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA - SBN
MEMBRO TITULAR DA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA - ABNc - MT 00991
PÓS GRADUADO EM DIREITO MÉDICO E HOSPITALAR EPO - MEC

CREMFC: 14337 - RQE: 7281 CREMESP: 119004 / RQE: 54688

AO INSS

O SR RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA APRESENTA SE COM SEQUELA DE TCE GRAVE.

PTOSE PALPEBRAL A DIREITA. QUADRO ALGICO PELO CORPO TODO.

SOLICITO AUXILIO DOENÇA.

CID: T905



[A large, handwritten signature is written over the stamp, appearing to read 'DR. EDILSON TOSHIO SHOJI' and 'HAPCLINICA LOBO FILHO' below it.]

FORTALEZA, 03/10/2018

RUA JOÃO LOBO FILHO 72 FORTALEZA CE



ANTONIO PRUDENTE

ATESTADO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE,
RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA, 32 ANOS, CPF N.
019.890.523-80, ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE
HOSPITAL DESDE O DIA 14/06/18. ATUALMENTE O
PACIENTE ENCONTRA-SE NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA ADULTO (UTI ADULTO). SEGUE EM ESTADO
GRAVE E SEM PREVISÃO DE ALTA.

CID-10: S06.9 + J15.9

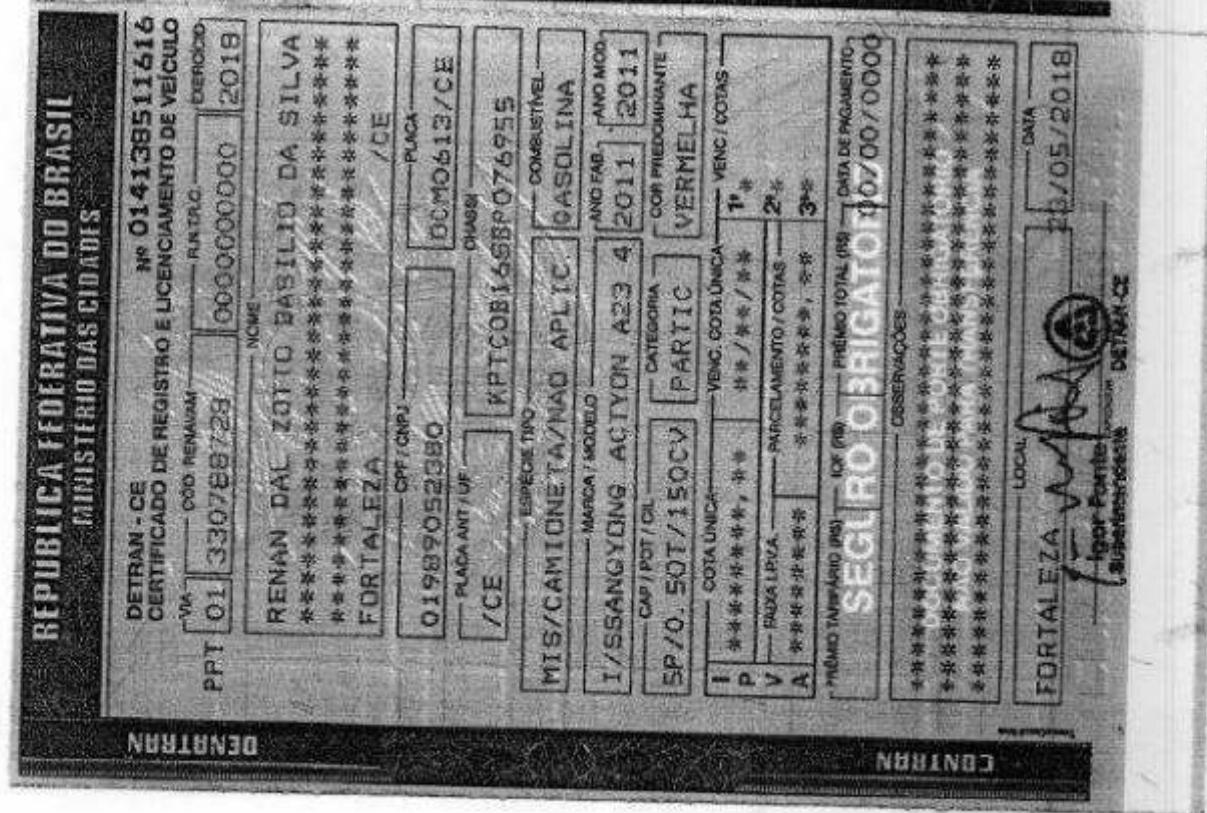
Fortaleza, 16 de junho de 2018.

Dr. Fábio Azevedo Pazzetta
Médico - CRM-MEC 12371
CRM-CE 345.764.673-87

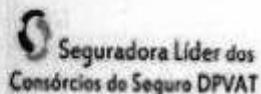


Hospital Antonio Prudente - Av. Aguanambi, 1627, Bairro de Fátima.





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108784/19

Vítima: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

CPF: 019.890.523-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: RENAN DAL ZOTTO
BASILIO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA : 019.890.523-80

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.

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: 29/03/2019
Nome: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA
CPF: 019.890.523-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

RENNAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190391135 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: Crânio facial (TCE grave, lesão de nervo periférico do olho direito).

Descrição do exame físico: Claudicação, dano cognitivo, deficit de memória recente, irritabilidade, ptose palpebral a direita por lesão de nervo periférico, diminuição de força membros superiores e inferiores.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente do TCE, fisioterapia e alta médica em maio de 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional crânio facial leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar crânio facial.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190244225**

Nome do(a) Examinado(a): **RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida Mister Hull, 2933 Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSPDS/CE / 2000015052622**

Data e local do acidente: **12/06/2018 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **22/04/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Trauma crânioencefálico com lesão axonal difusa.

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

O periciado apresenta-se com as lesões ainda não consolidadas. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos medicamentoso e conservador. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

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

Exame físico prejudicado.

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

Sim

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

Não

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

Em tratamento.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

(X) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em **90** 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Periciado permanece em quadro de convalescença das lesões. Retorno em 90 dias.

Dra. Fernanda Rocha
Médica
CREMÉC 12.632