



## 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](#)

---

**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](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, 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



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, 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



# 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:

019.890.523-80

Nome completo da vítima:

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:

Renan Dal Zotto Basilio da Silva

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Av. Winter Hull - Cd Green Paradise 2

Bairro:

Presidente Kennedy

Cidade:

Fátima

Estado:

CE

CPF:

019.890.523-80

Número:

2933

Complemento:

Ap 602

CEP:

60356-001

Tel. (DDD):

(85) 99147.7500

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 A R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 A R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 A R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

00000000000000000000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0610

CONTA:

0029524

8

(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.

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 para fins do Seguro DPVAT; ou

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 de 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordo do seu conteúdo.

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 pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem os beneficiários que se apresentarem e provar 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, Fátima, 26/03/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

3ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RGO, 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.



# 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:	
Renan Dal Zotto Basilio da Silva	019.890.523-80	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônomo	Av. Hister Hull 2933	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Aladadios	Jortaliza	Roraima
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	60.356-000	181 98870-1298

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

**REDA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <u>0610</u> CONTA: <u>0029524</u> <u>8</u>
(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.

## 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 da ocorrência.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data, Jortaliza, 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

1ª   Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2ª   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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019188871

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** CEP: **60.356-000**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98212-4016**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCM0613** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**KPTCOB16SBP076955** 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 - MAT.: 012875-1-6

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 21/03/2019 12:53:33

*Bela Diana Marcia Nogueira*  
Delegacia de Polícia Civil  
Mat. 12875-1-6

Pág. 1 de 1

Impresso em: 21/03/2019 12:53:33





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2019188871

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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:  
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:  
**KPTCOB16SBP076955** 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 MÁRCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6

*Bela Diana Marcia Nogueira Surima*  
Delegada de Polícia Civil  
Mat. 12875-1-6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

019.890.523-80  
Renan Dal Zotto Barilho da Silva

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

Nome completo:

Renan Dal Zotto Barilho da Silva

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Av. Mister Hull - Cd. Green Paradise 2

Bairro:

Presidente Kennedy

Cidade:

Fortaleza

Estado:

Ce

CPF:

019.890.523-80

Número:

2933

Complemento:

Ap 602

CEP:

60356-001

Tel. (DDD):

(85) 99147.7500

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 A R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 A R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 A R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0610

CONTA:

0029524

AGÊNCIA:

0610

CONTA:

0029524

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.

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 sequelas 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 contestar o caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civ.) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou pais/avós vivos, informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e provarão 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

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura: 29 MAR 2019

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.



## DECLARAÇÃO

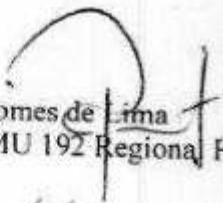
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Renan Dal Zotto Basilio da Silva**, no dia **12/06/2018**, às **09h10min**, na **Rua Dom Sebastião Leme**, no **Bairro Fátima**, vítima de acidente de trânsito.


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  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



# Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
AMC - AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Nº: BO69420

## DADOS GERAIS

DATA: 12/06/2018 HORA DA OCORRÊNCIA: 08:34 DIA DA SEMANA: Terça-feira

### VIA 1: RUA DOM SEBASTIAO LEME Nº

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO

OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ

TIPO DE PISTA: SIMPLES

OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ

FAIXA P/ SENTIDO: 2

CONDIÇÕES DA PISTA: BOA

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA

ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO

ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO

SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA

SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: CONDIÇÃO RUIM

SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

### VIA 2: RUA DR JOSE VITOR Nº

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO

OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ

TIPO DE PISTA: SIMPLES

OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ

FAIXA P/ SENTIDO: 1

CONDIÇÕES DA PISTA: BOA

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA

ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO

ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO

SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA

SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: CONDIÇÃO RUIM

SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO



## 2. ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO TRANSVERSAL ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA: EDIFICAÇÃO

### QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutores Ilesos:	2	Passageiros Ilesos:	19	Pedestres Ilesos:	0
Condutores Feridos:	0	Passageiros Feridos:	4	Pedestres Feridos:	0
Condutores Mortos:	0	Passageiros Mortos:	0	Pedestres Mortos:	0

### QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Denunciados: 2 Sem Danos: 0 Evadidos: 0

## 3. CONDIÇÕES DO LOCAL

TEMPO: BOM

LOCAL: RESIDENCIAL

ILUMINAÇÃO: LUZ DO DIA

TIPO DE CRUZAMENTO: CRUZ

SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA

CONTROLE DE TRÁFEGO: PARE

Fortaleza, 20 Junho 2018.

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 867765607100704117083368653a



# DETALHES DOS VEÍCULOS

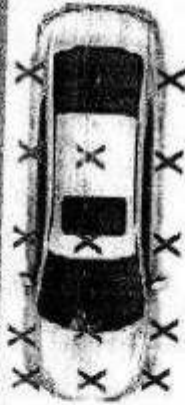
VEÍCULO 1 PLACA: OCM0613

BO68420

COR: VERMELHA  
TIPO: CAMIONETA  
ESPÉCIE: MISTO  
MARCA/MODELO: ISSANGYONG ACTYON A23 4  
ANO FABRICAÇÃO: 2011  
CATEGORIA: PARTICULAR

MANOBRA REALIZADA:

CIRCULANDO

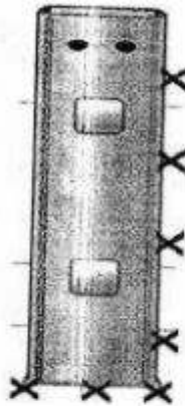


VEÍCULO 2 PLACA: NZL6782

COR: BRANCA  
TIPO: ÔNIBUS  
ESPÉCIE: PASSAGEIRO  
MARCA/MODELO: VW/9.150 IBRAVA APOLLO  
ANO FABRICAÇÃO: 2011  
CATEGORIA: ALUGUEL

MANOBRA REALIZADA:

CIRCULANDO



## 5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

ENVOLVIDO 1: JOSE CLEDES MORAIS NUNES - CONDUTOR

DT. NASC.: 02/07/1983  
IDENTIDADE: 2001010526403  
SEXO: MASCULINO  
SITUAÇÃO: ILESO  
CPF: 002.971.873-25

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: OCM0613  
PRIMEIRA CNH: 07/03/2013  
VALIDADE CNH: 26/05/2022  
Nº REGISTRO CNH: 05725209201  
CATEGORIA CNH: B

ENVOLVIDO 2: DANIEL FREITAS PACHECO - CONDUTOR

DT. NASC.: 06/09/1984  
IDENTIDADE: 2002010264270  
SEXO: MASCULINO  
SITUAÇÃO: ILESO  
CPF: 006.879.863-62

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: NZL6782  
PRIMEIRA CNH: 23/09/2003  
VALIDADE CNH: 11/12/2020  
Nº REGISTRO CNH: 03031467299  
CATEGORIA CNH: AD

ENVOLVIDO 3: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA - PASSAGEIRO

DT. NASC.: 14/02/1986  
IDENTIDADE: 2000015052622  
SEXO: MASCULINO  
SITUAÇÃO: SEM INFORMAÇÃO  
CPF: 019.890.523-80

PASSAGEIRO DO VEÍCULO DE PLACA: OCM0613

## 6. ORGÃOS ACIONADOS

PERÍCIA FORENSE - NQS9151 - IREUDO

SAMU - POE8381 -

SAMU - OSR8036 -

BOMBEIROS - PMP5434 -

POLÍCIA MILITAR - 22952 -

AMC - MT235 - RENNÉ

AMC - MT209 - GERCIONE



36-13

Paul

2



COMPROVAÇÃO  
E PROTEÇÃO S.A.  
29 MAR 2019

26.06.18

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



8. MATRICULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

53901

Terça-feira 26 Junho 2018

PÁGINA 4 DE 4

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 8b77b5c01719c47d4b1179c8336ee63a - Para consultar a autenticidade do documento acesse: [http://geotl.fortaleza.ce.gov.br/bovweb\\_amc/chaveBOAT.xhtml](http://geotl.fortaleza.ce.gov.br/bovweb_amc/chaveBOAT.xhtml)



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

BRADESCO1207201905000000000023700610000000029524337500 PAGO

# vivo

Telefônica Brasil S/A  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Sereni, 1370,  
Ed. São Bento  
Cidade Monóvia  
CEP: 04571-900 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.558.157/0001-02  
Insc. Est.: 10836394/112  
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 -  
60356-001 - 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	VALOR (R\$)
<b>Plano Contratado / Serviços Mensais</b>	
<b>Internet</b>	
Serviço Internet Power Smart 25 Mega <sup>1000</sup>	36,78
<b>Serviços</b>	
Serviços Digitais - G4U,DKids,ESPN,CNEI	18,39
<b>Telefone</b>	
Ilimitado Total Smart - Assinatura Mensal 1 linha <sup>1000</sup>	29,82
Ilimitado Total Smart - Franquia Mensal <sup>1000</sup>	25,63
<b>TV por Assinatura</b>	
HBO Max Digital	19,42
Pacote Ultra HD - DTH <sup>1000</sup>	70,50
Ponto Adicional Promo - DTH	7,36
<b>Total</b>	<b>216,00</b>
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>	<b>216,00</b>

## Histórico de consumo

Total utilizado em min seg  
das faturas com vencimento em

Tipo de Ligação	Janero	Fevereiro	Março
-----------------	--------	-----------	-------

**Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).**  
Telefonia fixa e internet: 103 15.  
Para TV por assinatura: 106 16.  
Pessoas com necessidades especiais  
de fala/audição, ligue 142.  
Para saber qual a loja Vivo  
mais perto de você acesse  
[www.vivo.com.br](http://www.vivo.com.br)  
O relatório detalhado está disponível  
em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)  
e pode ser solicitado impresso,  
de forma permanente ou não.

## Mensagem para você

Em 1/3/19 alguns serviços Vivo de banda larga, TV e voz  
terão valores e condições alterados. Consulte seu plano  
terá alteração [www.vivo.com.br/consulta-planos](http://www.vivo.com.br/consulta-planos).

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão 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 ressarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2005, para SCM artigo 40º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e [www.anatel.gov.br](http://www.anatel.gov.br). Recurso de atendimento Vivo, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(009) PSABLG004/POS/SCM (030) PAS 043/POS/LOCAL (030) PAS0 043/POS/LOCAL (008) PSTV/G0003/SeAC

Destaque Aqui

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente <b>ANA PAULA BEZERRA DA SILVA</b>			Sr. Cabeça, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente <b>8999 9540 2363</b>	Código para Cadastramento de Débito Automático <b>899995402363-3</b>	Número da Fatura <b>0780390967-0</b>	Data de Vencimento <b>02/03/2019</b>	Valor a Pagar (R\$) <b>216,00</b>
<b>vivo</b> 84650000002 7 16000082089 6 99954023630 7 78039096799 7 				

**Registro de Atendimento Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 12/06/2018 09:46:03
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
INS: 705004411924199	NOME: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA			Registro: 5566872		
RF: 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			
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida	ENDEREÇO DO PACIENTE: MISTER HULL 5329			Nº: 1933	BAIRRO: PCI	
PARCELAMENTO:	TELEFONE: 991261980	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 80356972	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: samy uze 03 cond fiza			PARENTESCO:	TELEFONE: 991261980		
ACIDENTE DE TRABALHO						
Tipo de Vínculo:	CBO do Empregado:	CNPJ do Empregador:		CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO 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 ôni						
OCCAS: colisão CARRO/MICROONIBUS APRESENTANDO HEMATOMA NO SUPERCÍLIO D+ HEMATEMESE+ REBAIXAMENTO DE SENSORIO+						
OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIÊNCIA						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
SPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese:						
Exame Físico:						
Gondola:						
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:						
COMPARTEILAMENTO DO PACIENTE:						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

11 03 2019  
13826  
*Edson de Faria*

COMUNICAÇÃO  
E 03  
29 MAR 2019





ANTÔNIO  
PRUDENTE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que a paciente RENAN DAL ZOTTO BASÍLIO DA SILVA apresenta sequelas motoras de traumatismo cranioencefálico 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

*Renan Dal Zotto Basílio da Silva*  
Médico  
CRM 123456





**Humana  
Imagem**

Centro de Diagnóstico  
e Imagem  
Diretor: Dr. José Daniel Vieira 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 líquido 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.....



### Convênios

ABRAM, Banco Central, Amil - Free Life, Cafaz, Camed, Capesóide, Cassi, Correios, Fuzma, Gamet, Geap, Hapvida, IPM, ISSSC, Interdoctos, Particular, Plan Assistê, Saúde Bradesco, Saúde Cató, Serpro, Unimed (Multiplan e Uniplano).

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



Humana  
Imagem

Centro de Diagnóstico  
e Imagem  
Diretor: Dr. José Daniel Vieira de Castro  
CRM 4950

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 encefalomalácia/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

ADHM, Banco Central, Amil - Free Life, Cafaz, Camed, Capesol, Cassi, Correlios, Fuma, Games, Geap, Hapvida, IPM, ISSBC, Interdoctor, Particular, Plan Asiste, Saúde Bradesco, Saúde Catia, Sampa, Unimed (Múltipla e Unilano).

R Nunes Valente 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 NEUROCIRURGIÃO 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

CREMEC: 14337 - RQE: 7281 - CREMESP: 119004 / RQE: 54608

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

FORTALEZA. 03/10/2018



Dr. Edilson Toshio Shoji  
Médico e Neurocirurgião  
CRM 119004 - RQE 54608

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. Fabio Azeredo Pereira*  
Médico - CRM-MEC 12371  
CPF: 945.764.673-87



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **REGIAN DAL EOTTO BASILIO DA SILVA**  
 DOB: 01/08/1986  
 CPF: 019.890.523-80  
 DATA NASCIMENTO: 14/02/1986

FOTOGRAFIA:   
 NOME: **GILBERTA MARIA BASILIO DA SILVA**  
 DATA: 28/07/2020  
 VALIDACAO: 07/04/2011

OBSERVAÇÃO:  
 SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura: *Regian Dal Eotto Basilio da Silva*  
 LOCAL: **PORTALEZA, CE**  
 DATA: 04/08/2013  
 ASSINATURA: *Carla V. P. P.*  
 ASSINATURA DO COORDENADOR: *[Assinatura]*  
 ASSINATURA DO COORDENADOR: *[Assinatura]*

1155887370  
 1155887370  
 1155887370

COMBEEV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S.A.  
 29 MAR 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRT 01 330788728 0000000000 2018

RENAN DAL ZOTTO BABILIO DA SILVA  
FORTALEZA

01989052380 /CE  
01989052380 /CE

MIS/CAMIONETA/NAO APLIC. GASOLINA  
I/SSANGYONG ACTYON A23 4 2011 2011  
SP/O. 50T/150CV PARTIC VERMELHA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00  
PREMIO TOTAL (R\$) 100,00  
DATA DE PAGAMENTO 10/00/0000

FORTELEZA

29/05/2018

CE Nº 014138511616 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
01989052380

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br

014138511616 SAC DPVAT 0800 022 1204 24708490698

01 01989052380  
330788728 I/SSANGYONG ACTYON A  
2011 PART KPTCOB16SBPO76955

PREMIO TARIFARIO  
CUSTO DO BILHETE (R\$)  
COTA UNICA  
COTA UNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 08.348.808/0001-04


MOTOR 16195112013940 01188

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

01188  
DCMO613  
330788728  
184341 01188



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108784/19

Vítima: RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

CPF: 019.890.523-80

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: RENAN DAL ZOTTO  
BASILIO DA SILVA

CPF de: Próprio

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

RENAN DAL ZOTTO BASILIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190391135

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez Permanente

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

**Data do acidente:** 12/06/2018

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

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

**Descrição do exame físico:** Claudicação, dano cognitivo, deficit de memoria 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 medica 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 cranioencefálico 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  
CREMEC 12.632