



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

Processo: 00058275920198060106

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PEDRO CESAR LEMOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **29/06/2018**.

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

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano desde já pelo recebimento da mesma.

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

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio em nome do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC. E ainda, a parte trouxe uma declaração simples, unilateral e de próprio punho, não sendo crível nem verossímil.

Para emitir este documento, digite o nº de acesso
impresso que estará em seu contrato comercial.

5888997

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO PARANÁ

CONTRATO DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Nome 18 17020 29 096500 - 5 **Data de Emissão** 5760625543

End. Postal **RU FRANCISCO ANTONIO DE LIMA** **27/05/2019**

RU JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63430000

Medidor 9611778

Classe 81 **01-RESIDENCIAL 01-NORMAL** **0000 0000**

RG/CPF/CNPJ 519263183-15 **Posto**

Normal de Residência **MONOFÁSICO**

USAR **CAF**

Via de **De** **Para**

Informação **Orçamento** **Próxima Lactura**

21/2019 **27/05/2019** **26/06/2019**

JUÍZ DE CULAMEN DO FORNECIMENTO

Leve a agenda no prazo estabelecido

Comarca **SILVANO**

em Cálculo (R\$)

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 29/06/2018 após 05 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 08/01/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

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

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

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.012,50 (UM MIL E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ art.

1º

(...)

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

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JAGUARETAMA, 9 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **PEDRO CESAR LEMOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **JAGUARETAMA**, nos autos do Processo nº 00058275920198060106.

Rio de Janeiro, 9 de novembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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 **WJGT.20.00166318-6** em **09/11/2020 15:14:32**.
- 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 : Jaguaratama
Processo : 0005827-59.2019.8.06.0106
Protocolo : WJGT.20.00166318-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 09/11/2020 15:14:32

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

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

Petição* : 2765115_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Documentação : 2765115_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-17.pdf
Documentação : 2765115_CONTESTACAO_Anexo_02 - 18-28.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348465**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13165165



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13167093



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13167315



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO CESAR LEMOS

Nº Sinistro: 3180348465

Vitima: PEDRO CESAR LEMOS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348465**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, 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 o 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Endereço		Número		Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Email			Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ 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

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

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

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 Líder 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.

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL 2018

Local e Data

Declaro Receber a Indenização

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Extrato de Saque de
conta corrente

Data: 21-01-2018 Hora de fechamento: 15:00

Agência: 02438 - 000000000000

Conta: 0127351-5

Nome: PEDRO CESAR FERREI

Tipo Cartão: 1 - Data Cartão: 01

Valor: 20,00

Op. Bradesco: 5438 - 000000000000

REC: 002 - 000000000000

CICERO

REC: 000000000000 Autenticação: 000000

Conserve este Recibo

AUTENTICAÇÃO
0800 222 9933

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL, 2018

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 dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, 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 o 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 com 16 ou 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

711.363.393-53

PEDRO CESAR LEMOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PEDRO CESAR LEMOS	CPF titular da conta 711.363.393-53	Profissão APOSENTADO
Endereço AV. PADRE SEBASTIÃO MARLENO ALEXANDRE	Número 1049	Complemento
Bairro PADRE SEBASTIÃO MARLENO	Cidade JAGUARETAMA	CEP 63480-000
UF CE	Estado CE	Telefone (DDD)

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

☒ RECEBIMENTO DE RENDAS
☐ 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

☒ CONTA FOUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BANCO DO BRASIL (001)
☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA
Nº
03438
(Informar dígito se existir)

DV

CONTA
Nº
01273515
(Informar dígito se existir)

DV

AGÊNCIA
Nº

DV

CONTA
Nº

DV

(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.

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LIDER CORRETORA DE SEGUROS
10 SET. 2018



Comprovante de Saque de
conta poupança

Data 25/08/2018 Hora de Brasília 02:28
Agência 05438 - MANGUEIRA NORO
Conta 0122351-5
Nome PEDRO CESAR LEMOS
Tipo Cartão 2 Via Cartão 00
Valor R\$ 60
Ag. Bradesco 5438 MANGUEIRA NORO
POCO 062 - MANGUEIRA NORO
CICERO
RSN 025683857604 Autenticacao 025683857604
Conserve este Recibo

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
0200 727 2833

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 SET. 2018
ASS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **29/06/2018 09:00:27**Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2018 09:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE SEBASTIÃO MARLENO, 79**

Complemento:

Bairro:

Município: **JAGUARETAMA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **PEDRO CESAR LEMOS**Nascimento: **10/06/1952** CPF: **711.363.393-53**RG: **243024392**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA LEOILDA BARRETO DE LEMOS****PEDRO LEMOS DA ALMEIDA**Endereço: **RUA PADRE SEBASTIAO MARCELO, 1049**Bairro: **CENTRO**Município: **JAGUARETAMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98136-1685****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **ORU4765** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:**95365824XDR339601** Renavam: **595495630** Tipo do Veículo:**CAMINHAO** Marca / Modelo: **VW/24.280 CRM 6X2** Ano Fabricação:**2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA**Proprietário: **WALDEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

A pessoa acima qualificada compareceu em cartório nesta Delegacia Municipal, onde, após ser cientificada do teor dos artigos 340 e 342 do CPB, comunicou que na data, local e hora acima indicado, estava trabalhando descarregando farinha do caminhão de placa ORU-4765; Que o caminhão estava parado em uma subida e foi colocado uma pedra no pneu de trás do caminhão, que depois que terminou de descarregar a mercadoria nesse local foi retirar a pedra que estava apoiando o caminhão e o mesmo desceu um pouco e veio a passar por cima mindinho da mão direita, onde veio a perder parte do mesmo; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaratama-CE e do mesmo foi transferido quase que de imediato para o hospital municipal de Russas; Que trabalhava descarregando caminhão, mas devido ao acidente está sem trabalhar; Que foi socorrido para o hospital municipal de Jaguaratama-CE pelo JUCIMAR DA SILVA DANTAS; Que são as suas testemunhas o JUCIMAR DA SILVA DANTAS, residente da rua Padre Sebastião Marleno nº884, Jaguaratama-CE, telefone 88-981137898 e o seu vizinho que viu o acidente de nome FRANCISCO NETO ALMEIDA, residente Padre Sebastião Marleno nº1045, Telefone 88-981161123, testemunhas essas que vieram até a delegacia e apresentaram os seus documentos, conforme anexo. E NADA MAIS DISSE

DOCUMENTO ORIGINAL**30 JUL, 2018**

CÓPIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/06/2018 09:27:32



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 470 - 283 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAUJO GONCALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

KARLUS KLEBER SANDES SANTOS - MAT.: 30082214

X *Guilherme rubeltrub*

X *Juimias dasilva dantas*

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

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 dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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 6.194/74), uma vez que:

Assinalar 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

Local e Data

x *Pedro Cesar M...*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja outra pessoa) sem rasuras. 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

PEDRO CESAR LEMOS

CPF da Vítima

711.363.393-53

Data do Acidente

08/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

CPF do Representante legal

004.091.683-03

Email

mjagareta@gmail.com

Telefone (DDD)

(88) 98401-6080

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar 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 para a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

JAGUARETAMA, 25 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Pedro Cesar Lemos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rodolfo Moraes da Cunha
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

40-17130000945



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE JAGUARETAMA



1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Edson Cesar Feres

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: 65 Anos

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

1.º e 2.º exames de urina e sangue resultando em
comparação do 5.º quadrante, limbo e amplexo

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Avaliação com teste

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

SS: _____

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/10/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.012,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	PEDRO CESAR LEMOS
----------	-------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	05438-0
----------	---------

CONTA:	000000127351-5
--------	----------------

Nr. Autenticação

BRABESCO2610201805000000000023705438000000127351101250 PAGO

Nº DO CLIENTE

4259716-1

Para apuração do consumo, consulte o relógio sempre que entrar em contato conosco.

PG 03/07

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veldino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042291/0001-70 | CGF 06.106.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) Nº

Rota 01 17020 01 068500 - 7 Data de Emissão 531598862
Nome RODOLFO MORAIS DA CUNHA 03/07/2018
End. Postal RU ROBSON RIC M DE LIMA 00637 AP 637 A
JAGARETAMA - JAGARETAMA - 63480000
Medidor 24794318
Classes 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO 0000 0000
RG/CPF/CNPJ 004071683-03 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência: Jul/2018
Data de Apresentação: 03/07/2018
Previsão Proxima Leitura: 02/08/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta SOLONOPLES
Mês Mai/2018 EUSO 40,07
Pad@1000 P Apuração Individual
Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual
DIC 5,31 18,62 21,25 0,00 0,00 0,00
FIC 3,23 6,47 12,95 0,00 0,00 0,00
DMIC 3,03 0,00 0,00

Base de Cálculo (R\$) 135,68
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 37,71

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DEET 04E4 0606 3929 1111 FEET 0370 2886

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Cons. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
FP 15912 15739 1,00 173 0,00 173 0,00745 139,68
03-07-18 04-06-18 29 DIAS 173 VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 139,68
Multa Moratória Ref 06/2018 2,77
JUROS DO MES 0,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 17,36
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 12,87)

VENCIMENTO 10/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 159,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 51,31
Transmissão 5,47
Distribuição 29,23
Encargos Setoriais 7,84
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 45,80
TOTAL 139,68

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

188	173	189	187	238	153	123	254	215	231	150	191	161
FEV	JUL	JUN	MAI	ABR	MAR	FEB	JAN	DEZ	NOV	OCT	SET	AGO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 67,54
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Prezado Cliente, não se autorrelisque. A relíquia é revella da distribuidora energia nova azul de luter, bem como cubrica do custo administrativo de Inspecao (art. 175 c/c art. 131 Resol.414/2010 - Aneel).

Consta desta fatura R\$ 8,12 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Art. 9 Lei. 109.2005 - ANEEL e Lei. n. 10.437/02 e 10.833/07)

Estamos em Bandeira vermelha atender 2 em julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kwh (milionatt-hora). Informações: www.aneel.gov.br

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

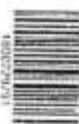
Nº do Cliente: 4259716-1 Referência: Jul/2018
Data de Emissão: 03/07/2018 Total a Pagar (R\$): 159,90
Nº da Nota Fiscal: 531598862 Nº de Controle: 0004259716 00088 39032 04



HCSR SANTAS CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



38

IA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

SUS - SUS

Profissional: ANTONIO

Sector: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA

Consultas: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

08/01/2018 12:42:17

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS

Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE

Telefone: (88) 98136-1685

Naturalidade: JAGUARETAMA - CE

Nome: MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS

Anotações de Outros Profissionais:

Nome: PEDRO LEM DE ALMEIDA

Sexo: M DN: 10/06/1952 - 65 A 6 M 28 D Est. Civil: Solteiro(a)

CNS: 898003258645622 CPF: 711.363.393-53 Identidade: 243024392 - SSP/CE

Ocupação: AGRICULTOR

Raça/Cor: PARDA -

Sistema de Registro: Sisprenatal

Validade:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atualização:

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

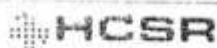
Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

Assinatura de Carimbo

SANTAS
CASAS

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

EX-2012018



1800229702

1800229702 08/01/2018 13:03:03

GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO ()

TRAUMA/CIRURGICO-02.005.003

Paciente: 00111834 - PEDRO CESAR LEMOS Nascimento: 10/06/1952 Id: 65 A 6 M 28 D 898003258645622 CNS: 711.363.393-53 CPF: 711.363.393-53
 Documento: 243024392 - SSP/CE - 29/07/1992 Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda - Escolaridade: Ocupação: AGRICULTOR
 Endereço: RUA - DOM LUIS - 2386 - ZONA RURAL - JAGUARETAMA - CE CEP: 63.480-000 Complemento: PROX A ARNOLDO
 Noturnidade: JAGUARETAMA - CE Contatos: (88) 98136-1685
 Mãe: MARIA LEOLDA BARRETO DE LEMOS Pai: PEDRO LEMOS DE ALMEIDA SisProNatal:
 Plano - Convênio: SUS - SUS Carteira: Validade: Autorização:
 Caracter de Atendimento: Urgência: Procedência: Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA Profissional Solicitante: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P
 CID Principal: Procedimento Solicitante: Perm. Máxima (dias):

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
 Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
 Outros () Especificar:
 Data da Saída: 10/01/2018 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: *Fratura Exposta do 5º D. DT DIREITO*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL

OPERATÓRIO
Amputação por fratura do 5º D. DT DIREITO

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*Paciente vindo de Jaguaratama por trauma
 na mão direita (acidente com machete)
 admitido para avaliação e conduta.*

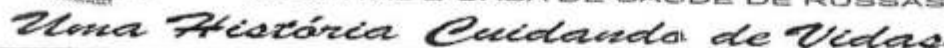
Médico Responsável

Angela de Lima Almeida
 Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

BOLETIM DE OPERAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Peetera cessa lewis

DATA: 03 / 01 / 120 18

LEITO: 52

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

O QUE FOI FEITO:

DIAGNOSTICO CIRÚRGICO

CONDIÇÕES DO PACIENTE

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTHESIA:

OPERAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO:

INÍCIO: 20:50 hrs FIM: 21:10 hrs

ACHADOS (DESCREVER OS ORGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

CONTAGEM COMPRESSAS:

Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL 2018

435



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Paulo Cesar Torres

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
07/01/18		Paciente internado e realizado exat. (intubação do 5º D.)
09/01/18		1º PO regularização conta computador dado em
10/01/18		alta dispensada.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018



HCSR
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Pedro Carlos Gomes

ENFERMARIA: 5 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: 70777

RESUMO CLÍNICO: Realizada cirurgia de
amputação parcial do 6º DDT direito.
Sem intercorrências
Evolutiva satisfatória

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

Bx. DDT
12+

PROCEDIMENTO REALIZADO: Cirurgia

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

ADMISSÃO: 08/01/18 ALTA: 10/01/2018 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL: Amputação parcial do 6º DDT direito
sem intercorrências

OBSERVAÇÕES: Prescrita medicação

Dr. Aluisio Carvalho Filho

MÉDICO RESPONSÁVEL

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

DATA

08.01.2018

HORA

09.34

SUS

NOME

Pedro César Lima

ENDEREÇO

Rua Sebastião Maranhão 3049

NOME DA RESPONSÁVEL

Márcia Lúcia Bezerra de Lima

Cartão SUS

858003258645622

PA

PESO

SPO2

DA

PULSO

TEMP

ALERGIAS DA ALERGIAS

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

Acidente de Trabalho

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

35



CNPJ: 07.770.001/0001-44

RECEITUÁRIO

Nome: PEDRO CÉSAR VENOS.

End.: rua primo.

Atendo por o paciente
eime foi subu-
tido o eime
11/ Prescrição de
Amptipico Transito
do sr. Disalento
de sua Dto.

Entre-o e
Data: 26/03/13 Alto Definitivo

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE
Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




Assinatura do Titular

Pedro Cesar Lemos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
PEDRO CESAR LEMOS

Ng de Inscrição
711363393-53

Data do Nascimento
10/06/52



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2430243-92 DATA DE EMISSÃO 29.07.92

NOME **PEDRO CÉSAR LEMOS.**

FAMÍLIA **Pedro Lemos de Almeida.
Maria Leocilda Barreto de Lemos.**

CIDADE **Jaguaretama-Ce** DATA DE EMISSÃO **10/06/1952**

CERT. NASC: 6.785, LV: A/17, FLS: 135,
Cartório de Jaguaretama-Ce

CPF

FORTALEZA-CE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura *Pedro Cesar Lemos*

PEDRO CESAR LEMOS

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/06/95

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

30 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012965037243
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CHDO 01 595495630 10005000000 2016

WALLEMBERGUE SANTIAGO COSTA FILHO

RUSSAS/CE

00655579303

ORU4765

*****/CE

95365824XDR339601

CAR/CATEGORIA/C. FICHA 001 DIESEL

VW/24.280 CRM 632

2013 2013

16.12T/275CV/4EX

ALUGUEL

BRANCA

DATA ÚNICA	VENG. DATA ÚNICA	VENG. COTAS
1*****	2*****	3*****
4*****	5*****	6*****
7*****	8*****	9*****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)	CF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
105.81	0.42	110.38	11/07/2016

CH ALONG 224970;*****

RUSSAS

Local
Igor Pontes



DATA 24/01/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
E OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS OU POR QUEBRAS APESSAR
DE TRANSPORTAÇÃO OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012965037243 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
00655579303 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA ORU4765
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 24/01/2017

01 00655579303 ORU4765

595495630 VW/24.280 CRM 632

2013 10 95365824XDR339601

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	DEBATE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
47.61	6.29	52.91

CUSTO DO BILHETE (R\$)	CF (R\$)	TOTAL A PAGAR (R\$)
4.15	0.42	110.38

☒ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
	☐ PARCELADO	11/07/2016

DESPACHANTE

LOTE/DO SEGURADORA LIDERA DPVAT 7931

MOTOR: 2093494A04849280001-04

www.seguradoralidera.com.br

JUL-2016

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

30 JUL, 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348465 **Cidade:** Jaguaratama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO CESAR LEMOS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276554/18

Número do Sinistro: 3180348465

Vítima: PEDRO CESAR LEMOS

CPF: 711.363.393-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO CESAR LEMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

PEDRO CESAR LEMOS : 711.363.393-53

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: 10/09/2018
Nome: RODOLFO MORAIS DA CUNHA
CPF: 004.071.683-03

RODOLFO MORAIS DA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS