

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

**FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR** (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

**MENU**

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

### ! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01823894-8** em **21/01/2021 13:00:03**.
- 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.

### Petionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0273166-41.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.21.01823894-8  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Contratos de Consumo  
**Data/Hora** : 21/01/2021 13:00:03

### 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\*** : 2777620\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2777620\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-21.pdf

### Downloads

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

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

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

---

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190549366**

**Vítima: EDSON BERNARDO NUNES**

**Data do Acidente: 17/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), EDSON BERNARDO NUNES**

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 Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190549366**

**Vítima: EDSON BERNARDO NUNES**

**Data do Acidente: 17/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDSON BERNARDO NUNES**

Em razão da falta de apresentação do(a) FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE CIRURGIA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 16 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190549366**

**Vítima: EDSON BERNARDO NUNES**

**Data do Acidente: 17/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), EDSON BERNARDO NUNES**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		018.698.473-18.	Edson Bernardo Nunes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
Edson Bernardo Nunes		018.698.473-18.		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:		
autônomo.	TR. Expedicionários	52 altos.		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
Jardim América	Sorocaba	SP	06411-135	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (85) 9.8422-3357			
SSimplicio.1@gmail.com				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: <b>1047</b> CONTA: <b>10139</b> DÍGITO: <b>8</b>				
(informar o dígito se existir)      (informar o dígito se existir)				
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____				
(informar o dígito se existir)      (informar o dígito se existir)				

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Não há IML que atende 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 acimaelidado,<sup>8</sup> 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

<b>MORTE</b>	25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
	28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim

Este cliente, 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 cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal ou infração do artigo 299 do Código Penal.

<b>34</b> impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: CPF:  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: CPF:  Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 24 de Setembro de 2019.

Eduardo Bento de Souza

---

#### 43. *Aristea ecklonii* Breyne ex Boissier

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado do Ceará  
Secretaria de Segurança e Defesa Social - SSPDS  
Polícia Civil do Estado do Ceará  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Departamento de Polícia da Capital - DPC  
Trigésimo Segundo Distrito Policial

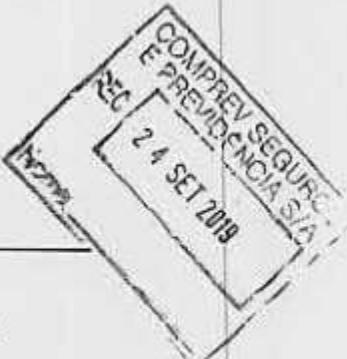
## C E R T I D Ã O

Antonio Paula da Silva, Escrivão de  
Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda  
Delegacia Distrital, no uso de suas  
atribuições legais, etc...

**CERTIFICA** que nesta data, compareceu em Cartório EDSON BERNARDO NUNES, portador do RG 98002319528 SSP/CE e CPF 018.698.473-18, residente na Travessa Expedicionários, ST 21, 52, Altos, bairro Jardim América-Fortaleza/Ceará, onde vem informar que foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 22h42min, do dia 17/06/2019, na Av. Pergentino Maia, rua Antonio Barros, em Messejana, quando se deslocava pilotando a MOTOCICLETA, marca HONDA/CG 125 FAN KS, DE COR PRETA, ANO/MOD, 2010/2010, de PLACA NUX-4237/CE., CHASSI 9C2JC4110AR720551, RENAVAM 268375887, licenciada em nome de: ANTONIO JONAS VIANA ASSUNÇÃO, ao passar um semáforo que estava no amarelo, de repente o mesmo ficou vermelho, ocasião um veículo de PLACAS não identificadas colidiu na sua traseira, vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Frotinha de Parangaba, onde foi submetido a cirurgia. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///

Cartório do 32º Distrito Policial, em 23 de Setembro de 2019.

*[Assinatura]*  
Antonio Paula da Silva  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 97.122



DECLARANTE: Edson Bernardo Nunes

Rua LO 2 com rua NS 01, S/Nº, Bom Jardim - Fortaleza, Ceará  
Fone: (85) 3101.6105, Fax. (85) 3101.6104  
Endereço eletrônico: 32dp@policiacivil.ce.gov.br



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		018.698.473-18.	Edson Bernardo Nunes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
Edson Bernardo Nunes		018.698.473-18.		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		
autônomo.		TR. Expedicionários		
9 - Número:		10 - Complemento:		
52		altos.		
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
jardim américa		fortaleza.		CE
14 - CEP:		15 - E-mail:		
60411-135		SSimplicio.1@gmail.com		
16 - Tel. (DDD):		(85) 9.84223357		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGENCIA: <b>1047</b> CONTA: <b>10139</b> DÍGITO: <b>8</b>				
(informar o dígito se existir)      (informar o dígito se existir)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)				
Nome do BANCO: _____				
AGENCIA: _____ CONTA: _____				
(informar o dígito se existir)      (informar o dígito se existir)				

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Não há IML que atende 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 acimaelidado,<sup>8</sup> 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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Este cliente 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 cliente, 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.

<b>34</b> Impressão Digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: CPF:  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: CPF:  Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

40 - Local e Data, Fontaliza, 24 de Setembro de 2019.

Edson Belonardo  
41- Assinatura da vítima/pessoal beneficiário (declarante)

43- Autoguarda do Representante Legal (se houver)

AS - Assinatura do Procurador [se houver]



## DECLARAÇÃO



SAMU  
**192**  
REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Edson Bernardo Nunes** - C.P.F. - **018.698.473-18**, no dia **17/06/2019**, às **22h42min**, na **Rua Doutor Pergentino Maia com Rua Antônio Barros**, no **Bairro Messejana**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P770886/2019**.

Fortaleza, 17 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

  
Mauricio Lopes Alves  
SAME/SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 46659-1

**Mauricio Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Reinaldo Silva Machado  
Protocolo/SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 54558-1

**Reinaldo Silva Machado**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza





P-770886/19



## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: UEB 86

PONTO DE APOIO: SEN I C

Nº DA OCORRÊNCIA:

10:71

DATA: 07/06/19

TURNO: SN

EQUIPE:

NOME: Edson Bernardo Nunes

IDADE: 31

SEXO: M

ENDERECO: Rua Pergeutius Maria cl. Antônio Barreto

REFERÊNCIA: PRX.

BAIRRO: MEDEIROS NA

QTY:

QUIS: 22:42

QUY:

QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

Colisão moto x carro

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

## RESPOSTA AO CHAMADO

- RESPONSIVO  
 NÃO RESPONSIVO

## EXPANSÃO TORÁCICA

 PÉRVEAS     OBSTRUÍDAS

POR:

## PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

- PRESENTE  
 AUSENTE

- PRESENTE  
 AUSENTE

A

## PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EUPNEICO  
 TAQUIPNEICO  
 BRADIPNEICO  
 AGÔNICA/AUSENTE

## INSPEÇÃO

- NORMAL  
 ALTERADA

## PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- NORMAL  
 ALTERADA

## AUSCULTA

- NORMAL  
 ALTERADA

B

Respiratória

## PULSO

- NORMOCÁRDICO     CHEIO  
 TRAUMÁTICO     RUÍRME  
 BRADICÁRDICO     IMPALPÁVEL

C

Circulatória

LOCAL:

## PELE

- CORADA  
 PÁLIDA  
 CIANÓTICA

## ENCHIMENTO CAPILAR

- SUDOREICA  
 SECA  
 QUENTE  
 FRIA

## SANGRAMENTO EXTERNO

- < 2 seg  
 > 2 seg

- SIM  
 NÃO

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D

Neurogênica

## ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA    4  
 Á VOZ    3  
 À DOR    2  
 NENHUMA    1

TOTAL: 15

- PUPILAS:  NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
 ALTERADAS

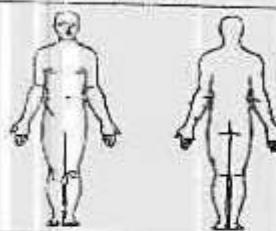
## RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P)  
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL  
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)  
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)  
 NENHUMA

## RESPOSTA MOTORA

- 5     OBEDECE A COMANDOS  
 4     LOCALIZA A DOR  
 3     MOVIMENTO DE RETIRADA  
 2     FLEXÃO ANORMAL  
 1     EXTENSÃO ANORMAL  
 NENHUMA     6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

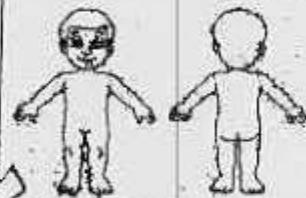
## ADULTO



## LESÕES

Colisão moto x carro  
com fratura exposta  
no lado esquerdo do pé  
esquerdo + lesão e  
do couro met + escoriações

## PEDIÁTRICO



## SAMPLA

FC: 60

PA: 130/80

FR: 24

GLIC.:

OXIM.: 99%

TEMP.:

Alvo: Peito, nega alergias a medicamentos  
negativo comorbidades.

CONFIDENCIAL  
24 SET 2019

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: EDSON BERNARDO NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000010139-8

---

Nr. da Autenticação 5710CD7989A17274





## **DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

**Conselho de Administração** tem a missão de administrar e gerir a organização, de forma a assegurar o cumprimento das suas finalidades.

**Conselho de Administração** é o conselho que administra e gerencia as empresas. Ele responde à sociedade por meio das suas ações.

**Courses & credits recommended for ACTP-1000 / Roma studies: 5000-522-12-20.**

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 922 81 98 | SAC (para dúvidas, consultas e suporte): 0800 922 12 98 | Central de Atendimento: 0800-921 16 98

Eu. ISAAK CELGONES EG'LICIO PINTO

RG nº 98010339354 data de expedição / /

Órgão SSP/CE, portador do CEF nº 643.219.813-53

com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de  
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AU. BENU MARCONDES, qd. - VILA VERDE n° 92

**complemento** \_\_\_\_\_ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima.

EDSON BEENALD MUNES

O MESMO PESSO BIZUARDO NUNES

Veículo: MOTO Modelo: HONDA CG 125 Ano: 2010/2010

Placa: NUX-4237 Chassi: 165375537

Data do Acidente: 17/06/2014.

**Local e Data** FORTALEZA, 27/07/2019.

José Leñones S. Pinto

### Лекция № 1. Аналитика

Edison Bernob mams

**Assinatura do Condutor**  
[caso seja um motorista que não é vítima reclamante do sinistro]

( caso seja um beneficiário que não é réstima reciamante do imóvel )

I - NESTE DOCUMENTO FOI APLICADO O STF DO TIPO 83, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TCE, NA PORTARIA 83/2019, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 08/07/2019. PODE-SE CONSULTAR NO SITE DO TCE O ATO 01/2019 DA TABELA DE ENCLAVAMENTOS DO TCE, APLICADO NESTE DOCUMENTO. O USUÁRIO DEVERÁ SELECIONAR NA TELA DE CONSULTA, O STF DO TCE, O ATO DO TIPO 83, CONF. PORTARIA Nº 1/800/2019 PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA DE 08/07/2019 DO TCE.

**CASEMIRO MEDEIROS**  
**MÉDICO**

**CRM - CE 6618**

**RELATÓRIO MÉDICO**

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr(a):

**EDSON BERNARDES NUNES**

Vítima de acidente de trânsito, em 17/06/2019. Sofreu:

**Franjina exposta comprometendo movimentos**

E submeteu-se a tratamento(s):

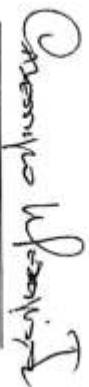
**União Gênica + Fisioterapia**

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

**DOIS E SETE % causa + limitação dos movimentos  
do membro esquerdo + comunicação com dor no  
membro direito**

**Péssima função do pé esquerdo.**

Fortaleza, 11 de outubro de 2019



Dr. Casemiro Medeiros CRM - CE 6618

Casemiro Medeiros Jr.  
Médico CRM/CE 6618  
CPF: 120.679.678-27

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SERVIÇO NACIONAL DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP  
136.91709.19-1

8200732

001-0

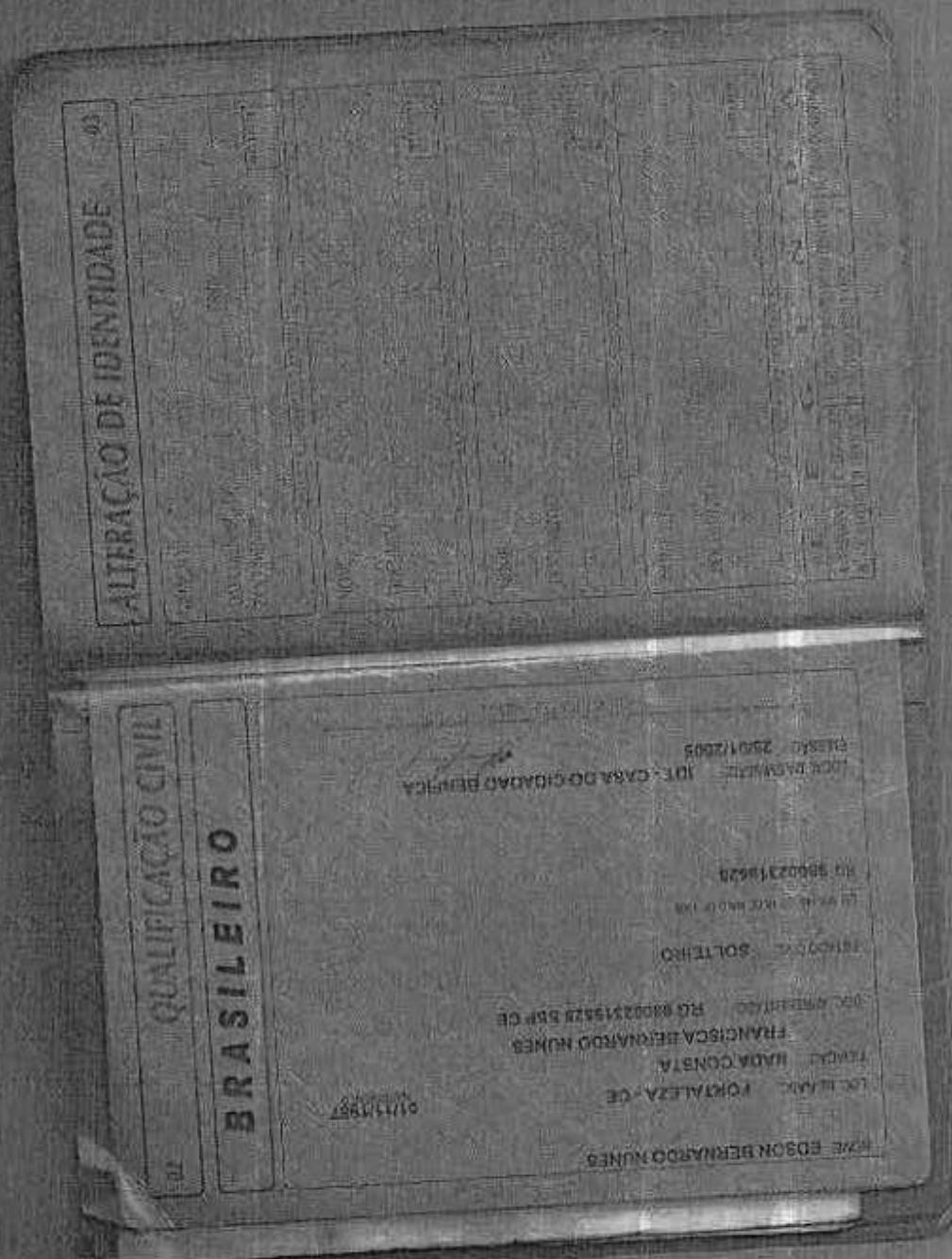
CE

*Eduardo Bernardo Nunes*

ASSINATURA DO TRABALHADOR

COLUNA DE DADOS







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **018.698.473-18**

Nome: **EDSON BERNARDO NUNES**

Data de Nascimento: **01/11/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/03/2004**

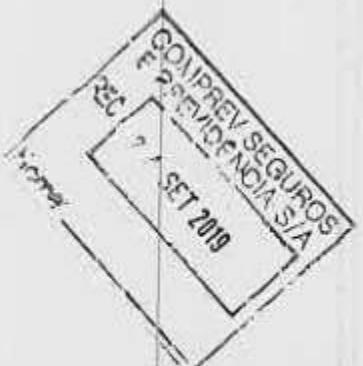
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:20:10** do dia **24/09/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **CB6E.EA52.8611.C6B2**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190549366      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON BERNARDO NUNES      **Data do acidente:** 17/06/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** ANQUILOSE INTER FALÂNGICA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADA RAFIA E TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/10/2019

**Conduta mantida:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

**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: 3190549366

Nome do(a) Examinado(a): Edson Bernardo Nunes

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida dos Expedicionários, 52 Altos  
Jardim Americaforteza F CE CEP: 60411-135

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / CE ] 8200732

Data local do acidente: [ 17/06/2019 ]

Data local do exame: [ 19/10/2019 ] FORTALEZA [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO**

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

**Tratamento: REALIZADA RAFIA E TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM**

**Data da Alta: 11/10/2019**

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

**ANQUILOSE INTERFALÂNGICA DO HÁLUX**

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

Sim       Não

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

Sim       Não

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

**SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO HÁLUX PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.**

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330926/19

**Vítima:** EDSON BERNARDO NUNES

**CPF:** 018.698.473-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2019

**Titular do CPF:** EDSON BERNARDO  
NUNES

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EDSON BERNARDO NUNES : 018.698.473-18**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019  
Nome: EDSON BERNARDO NUNES  
CPF: 018.698.473-18

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

EDSON BERNARDO NUNES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

**MURO EN 1000**  
O MUNICÍPIO NACIONAL

**16288318175**

DADOS GERAIS DO INSCrito	
NOME: JOSÉ CARLOS VIEIRA	
NIT: 443.019.873-53   04/08/2000	
SEXO: MASCULINO - FEMININO	
MUNICÍPIO: VILA ISABEL - RIO DE JANEIRO	
DATA DE NASCIMENTO:	07/06/2023
DATA DE ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO:	30/09/2023
CARTÃO:	
Observação:	
<i>Suspeita de fraude</i>	
ENDERECO:	CEARA, CE
DATA DE CADASTRO:	10/06/2023
<i>Foto da carteira</i>	
051416996310 CM164924013	
CEARA	



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330926/19

**Vítima:** EDSON BERNARDO NUNES

**CPF:** 018.698.473-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2019

**Titular do CPF:** EDSON BERNARDO NUNES

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EDSON BERNARDO NUNES : 018.698.473-18**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019  
Nome: EDSON BERNARDO NUNES  
CPF: 018.698.473-18

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

EDSON BERNARDO NUNES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330926/19

**Número do Sinistro:** 3190549366

**Vítima:** EDSON BERNARDO NUNES

**CPF:** 018.698.473-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/06/2019

**Titular do CPF:** EDSON BERNARDO NUNES

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019  
Nome: EDSON BERNARDO NUNES  
CPF: 018.698.473-18

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

---

EDSON BERNARDO NUNES

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE