



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.21.01823894-8** 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.

### Peticionante

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](#)

---

**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



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



---

**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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:   
 3 - CPF da vítima: 018.698.473-18   
 4 - Nome completo da vítima: 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: Edson Bernardo Nunes   
 6 - CPF: 018.698.473-18

7 - Profissão: autônomo   
 8 - Endereço: R. Expedicionários   
 9 - Número: 52   
 10 - Complemento: altos

11 - Bairro: Jardim América   
 12 - Cidade: Fortaleza   
 13 - Estado: CE   
 14 - CEP: 60.411-135

15 - E-mail: Ssimplifica1@gmail.com   
 16 - Tel.(DDD): (85) 9.8422.3357

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:   
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00   
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)   
 ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1047   
 CONTA: 10139

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:   
 AGÊNCIA:   
 CONTA:

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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou   
 ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou   
 ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 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): ☐ Sim ☐ Não   
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não   
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:   
 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não   
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não   
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:   
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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...

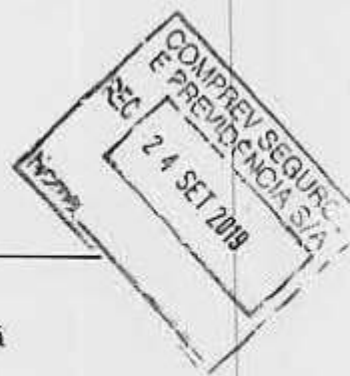
**CERTIFICA** que nesta data, compareceu em Cartório  
EDSON BERNARDO NUNES, portador do RG 98002319528 SSP/CE e CPF  
018.698.473-18, residente na Travessa Expedicionários, ST 21, 52,  
Altos, bairro Jardim América-Fortaleza/Ceará, onde vem informar que  
foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido 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, RENAVAL 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.

Antonio Paula da Silva  
Escrivão de Polícia  
Mat. 97.122

Antonio Paula da Silva  
Escrivão de Polícia  
Mat. 97.122

DECLARANTE:

Edson Bernardo Nunes



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:   
 3 - CPF da vítima: 018.698.473-18   
 4 - Nome completo da vítima: 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: Edson Bernardo Nunes   
 6 - CPF: 018.698.473-18

7 - Profissão: autônomo   
 8 - Endereço: R. Expedicionários   
 9 - Número: 52   
 10 - Complemento: altos

11 - Bairro: Jardim América   
 12 - Cidade: Fortaleza   
 13 - Estado: CE   
 14 - CEP: 60.411-135

15 - E-mail: Ssimplifica1@gmail.com   
 16 - Tel.(DDD): (85) 9.8422.3357

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:   
 ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00   
 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)   
 ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1047   
 CONTA: 10139   
 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:   
 AGÊNCIA:   
 CONTA:   
 (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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou   
 ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou   
 ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 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): ☐ Sim ☐ Não   
 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não   
 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:   
 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não   
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não   
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:   
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha

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

Edson Bernardo Nunes   
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - 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. 45659-1

**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







4-770886/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: J5B 86

PONTO DE APOIO: sen 15

NR DA OCORRÊNCIA: 10:71

DATA: 17/06/19

TURNO: SN

EQUIPE:

NOME: Edson Bernarmino Nunes

IDADE: 31

SEXO: M

ENDEREÇO: Rua. Vergueiro Maia e Antonio Barros

REFERÊNCIA: Prox. Caixa

BAIRRO: MESSERANA

QTY:

QUS: 22:42

QUY:

QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

Colisão moto x carro

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

## RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒ RESPONSIVO  
☐ NÃO RESPONSIVO

## EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒ PRESENTE  
☐ AUSENTE

## PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒ PRESENTE  
☐ AUSENTE

☐ PÉRVAS☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A  
VitalidadeB  
Respiração

## PADRÃO RESPIRATORIO

- ☒ EUPNEICO  
☐ TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO  
☐ AGÔNICA/AUSENTE

## INSPEÇÃO

- ☐ NORMAL  
☐ ALTERADA

## PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- ☐ NORMAL  
☐ ALTERADA

## AUSCULTA

- ☐ NORMAL  
☐ ALTERADA

C  
Circulação

## PULSO

- ☒ NORMOCÁRDICO  
☐ TRAQUICÁRDICO  
☐ BRADICÁRDICO

- ☐ CHEIO  
☐ FILIFORME  
☐ IMPALPÁVEL

LOCAL:

## PELE

- ☒ CORADA  
☐ PÁLIDA  
☐ CIANÓTICA

- ☐ SUDOREICA  
☐ SECA  
☐ QUENTE  
☐ FRIA

## ENCHIMENTO CAPILAR

- ☒ ≤ 2 seg  
☐ > 2 seg

## SANGRAMENTO EXTERNO

- ☒ SIM  
☐ NÃO

D  
Neurologia

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

## ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA ☒ 4  
À VOZ ☐ 3  
À DOR ☐ 2  
NENHUMA ☐ 1

## RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5  
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4  
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3  
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2  
NENHUMA ☐ 1

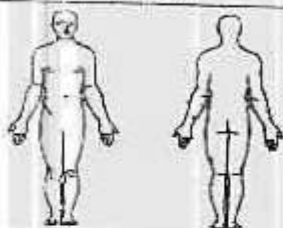
## RESPOSTA MOTORA

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

TOTAL: 15

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
☐ ALTERADASE  
Exposição

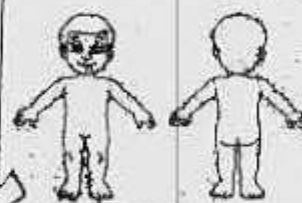
## ADULTO



## LESÕES

Colisão moto x carro  
com fratura exposta  
no radius do pe  
esquerdo + pulso e  
do qui mte + escoriações

## PEDIÁTRICO



## SAMPLA

FC: 60

PA: 130/80

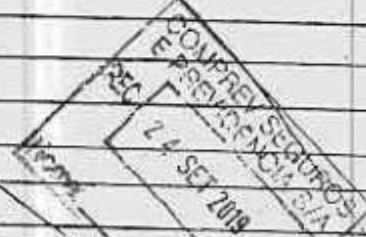
FR: 24

GLUC:

OXIM.: 99%

TEMP.:

Nota: Paciente, nega alergias e medicamentos  
negs comorbidades.



# 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

Para mais informações, acesse o site [www.seguros Lider.com.br](http://www.seguros Lider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 0h às 24h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-022112 ou 0800-022113

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022112 ou 0800-022113 | SAC (para defeitos: assistência de fábrica): 0800-022112 ou 0800-022113 | Central Ouvidoria: 0800-022112 ou 0800-022113

Eu, ISAAC CLETONES FELICIO PINTO

RG nº 98040339354, data de expedição 1/1/

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

com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de CERÁ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. BENU MARCONDES, 91 - JELA VELHA, nº 99

complemento                     , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EDSON BERNARDO NUNES

O MESMO EDSON BERNARDO NUNES

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

Placa: NUX-4237 Chassi: 268375587

Data do Acidente: 17/06/2019.

Local e Data

FORTALEZA, 27/07/2019.

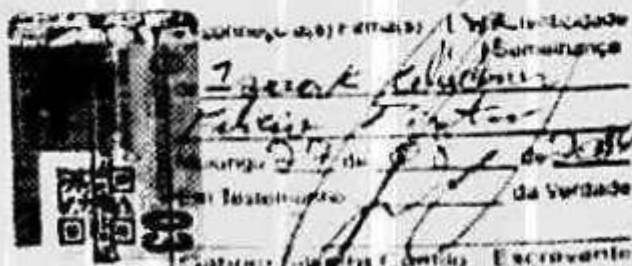
Isaac Cletones F. Pinto

Assinatura do Declarante

Edson Bernardo Nunes

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)



1 - NESTE DOCUMENTO

FOI APLICADO O SELO DO TIPO B3, CONFORME AUTORIZAÇÃO DO TCE, NA PORTARIA Nº 1.896/2019, PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 08/07/2019. II - AO CONSULTAR NO SITE DO TCE O ATO 2019-00000000-0000 DA TABELA DE ENCLAVAMENTO DO TCE, APLICADO NESTE DOCUMENTO, O USUÁRIO DEVERÁ SELECIONAR NA TELA DE CONSULTA, NO SITE DO TCE, O SELO DO TIPO B3 CONFORME PORTARIA Nº 1.896/2019 PUBLICADA NO DIÁRIO DA JUSTIÇA EM 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:

**FRATURA EXPERTA COMINUTIVA DO MÍNX ESQUERDO**

E submeteu-se a tratamento(s):

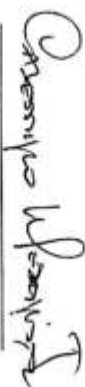
**VERBEZ CÍRURGICA + IMPLANTO ORTOMÉDICO**

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

**DOZ E OITENTA E CINCO POR CÉNTIMOS DAS MOVIMENTAÇÕES DO MÍNX-DE ESQUERDO + CIRCUNSCRIÇÃO COM DOZ E CINCO POR CÉNTIMOS ESQUERDO**

**PERDA FUNCIONAL 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  
SECRETARIA 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 TITULAR

IMAGEM DO TITULAR



2019

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

93

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

LOCALIDADE: 101 - CASA DO CIDADÃO BERNARCA  
Município: 250112005

RG 98002319628

ESTADO: 101 - CEARÁ

PROFISSÃO: SOLTEIRO

LOCAL DE NASCIMENTO: 101 - CEARÁ  
RG 98002319628

FRANCISCA BERNARDO NUNES

DATA DO NASCIMENTO: 01/11/1987

LOCAL DE NASCIMENTO: FORTALEZA - CE

RG 98002319628



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**

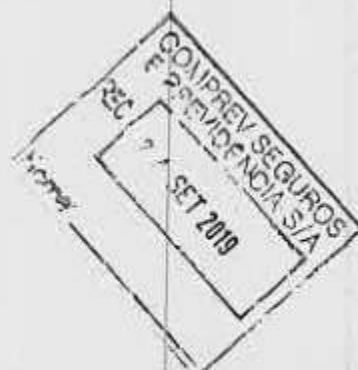
Digito Verificador: **00**

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.)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADÃES

DETRAN - CE Nº 014330841050  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 268375887 2018

ISRAK CELSO BOMFIM RIBEIRO PINTO

\*\*\*\*\*  
FORTALEZA

64301982353 NUX4237

PLACA/AN/UR 64301982353 NUX4237

PAS/MOTOCICLOX/NAO ABELIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2010 2010

2P/CGV/124CC PARTIC PRETA

1º 1º 1º  
2º 2º 2º  
3º 3º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65 0.70 185.50 DATA DE PAGAMENTO 02/07/2018

\*\*\*\*\*  
OBSERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*

FORTALEZA 15/04/2019

COMPREV SEGURO  
E PREVIDENCIA S/A  
24 SET 2018

CE Nº 014330841050 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

NUX4237

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014330841050 85604055601

2018 15/04/2019

64301982353 NUX4237

268375887 HONDA/CG 125 FAN KS

2010 09 9C2JC4110AR720551

PREMIO TARIFARIO

181.29 8.03 80.33  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 0.70 185.50

DATA DE OUTUBRO 02/07/2018

LOTE/DO SEGURO 85604055601  
MOTOR: JC41E1X720551

8102-030

# 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
Total			10 %	R\$ 1.350,00



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 Expedicionarios, 52 Altos  
Jardim Americafortaleza 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

☒ (X) 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 ☒ (X) 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.

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

**D. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330926/19

**Vítima:** EDSON BERNARDO NUNES

**CPF:** 018.698.473-18

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Titular do CPF:** EDSON BERNARDO NUNES

**CPF de:** Próprio

## 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


EDSON BERNARDO NUNES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

MUDAR EM TODA  
O TRIBUTO NACIONAL  
1638318175



**JANE GILSONES PEREIRA FERREIRA**

CPF: 043.019.815-52 Data de Nascimento: 04/08/1980

Nome: JANE GILSONES FERREIRA

Matrícula: PEREIRA FERREIRA

Sexo: F Estado Civil: AD

CELESTINUS 07/06/2023 30/09/2002

Assinatura: *Jane Gilsones F. Ferreira*

Assinatura: *[Signature]*

CPF: 043.019.815-52 Data de Nascimento: 04/08/1980

Matrícula: PEREIRA FERREIRA

CELESTINUS 07/06/2023 30/09/2002

**CEARA**

PRECISO PLASTICO  
1638318175

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A  
REC 24 SET 2019

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330926/19

**Vítima:** EDSON BERNARDO NUNES

**CPF:** 018.698.473-18

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Titular do CPF:** EDSON BERNARDO NUNES

**CPF de:** Próprio

## 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

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDSON BERNARDO NUNES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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