



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Cascavel
Processo:	00502930820218060062
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	18/10/2023 10:14:04

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	--

Arquivos

Petição:	2794756_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_01 - 1- 3.pdf
Documentação:	2794756_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 1-21.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CASCAVEL/CE

Processo: 00502930820218060062

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARDONIO SILVA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CASCAVEL, 17 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083248

Vítima: MARDONIO SILVA COSTA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARDONIO SILVA COSTA

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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083248

Vítima: MARDONIO SILVA COSTA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARDONIO SILVA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083248

Vítima: MARDONIO SILVA COSTA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARDONIO SILVA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARDONIO SILVA COSTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001958**

Conta: **000000030225-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT



AMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

020.142.423-13

4 - Nome completo da vítima:

2003015058390 - SSP - CE

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

5 - Nome completo:

Mardonio Silva Costa

6 - CPF:

020.142.423-13

7 - Profissão:

Supervisor

8 - Endereço:

Rua Raimundo Nonato Dantas

9 - Número:

681

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Parque Unipi

12 - Cidade:

Caxazeiro

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62850-000

15 - E-mail:

goncalves.silva.advogados@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

85.996593083

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1458

CONTA: 013-00030225

6

(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Caxazeiro - CE, 7 de fevereiro de 2020

Mardonio Silva Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
Impresso nº 2019683013

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 2691 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/09/2019 14:51:01**
Data / Hora da Ocorrência: **26/08/2019 06:50:00** ✓
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 040 CEP: 62.850-000, ALTO LUMINOSO - CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência:

Dados de(s) Vítima(s)

Nome: **MARDONIO SILVA COSTA**
Nascimento: **23/05/1988** CPF: **///**
CNH: **04642758793** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IRENE SILVA COSTA**
FRANCISCO SILVA COSTA
Endereço: **RUA RAIMUNDO NONATO DANTAS, 681 CASA**
Bairro: **PARQUE URUPÉ**
Município: **CASCAVEL/CE** CEP: **62.850-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99659-3083**

Histórico

Ciente dos crimes cominados nos artigos 340 e 342 do Código Penal Brasileiro narra o noticiante; Que na data e hora supra estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 DE PLACAS: OIL2612/CE quando sofreu um acidente de trânsito após um VEICULO ÔNIBUS avançou a preferencial FAZENDO COM QUE O NOTICIANTE COLIDISSE COM O PARA-CHOQUE DIANTEIRO DO ÔNIBUS QUE PERTENCIA AO SENHOR CONHECIDO COMO FIFI DO CEDRO, Que o motorista ficou no local dando assistência, Que com a colisão FRATUROU A PERNA ESQUERDA E FRATURA NO ROSTO ONDE FEZ A CIRURGIA E FICOU COM A VISÃO DO OLHO ESQUERDO E LACERAÇÃO NA PERNA DIREITA COM LESÃO, Que foi socorrido pela ambulância do Samu e levado ao hospital Ijf, Que estão em anexo; CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, GUIAS HOSPITALARES E CNH DO CONDUTOR, Que seu intuito é registrar o fato e solicitar seguro DPVAT no órgão competente, Desde modo encerra sua narrativa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANTONIA AILA FARIAS ALENCAR - MAT.: 027338-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

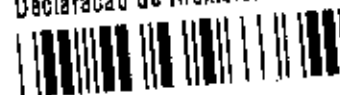
JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARDONIO SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 000000030225-6

Nr. da Autenticação 83FA99A3A7F49DC6



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Freire

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Marcos Silva Costa

Lando médico

Paciente operado do
tornozelo E, de alta
definitiva da traumatologia

11

Data:

22/01/20

[Signature]
Dr. José Fernando
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5263

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Faria

RECEITUÁRIO

Paciente:

Marcos Silva Costa

BE / Prontuário:

- Solicito fisioterapia
D/ o tornozelo E
(25rs)
H/D: trat. no tornozelo
comlidada

Data:

04/12/19

Dr. Josefa Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEO-0253

Ass./Carimbo do Médico

Resumo de alta

NOME: MARDONIO SILVA COSTA

LEITO:

DATA DE 28/08/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 04/09/2019

BE/PRONT: 5632590

CIDADE DE CASCAVEL

ORIGEM:

IDADE: 31

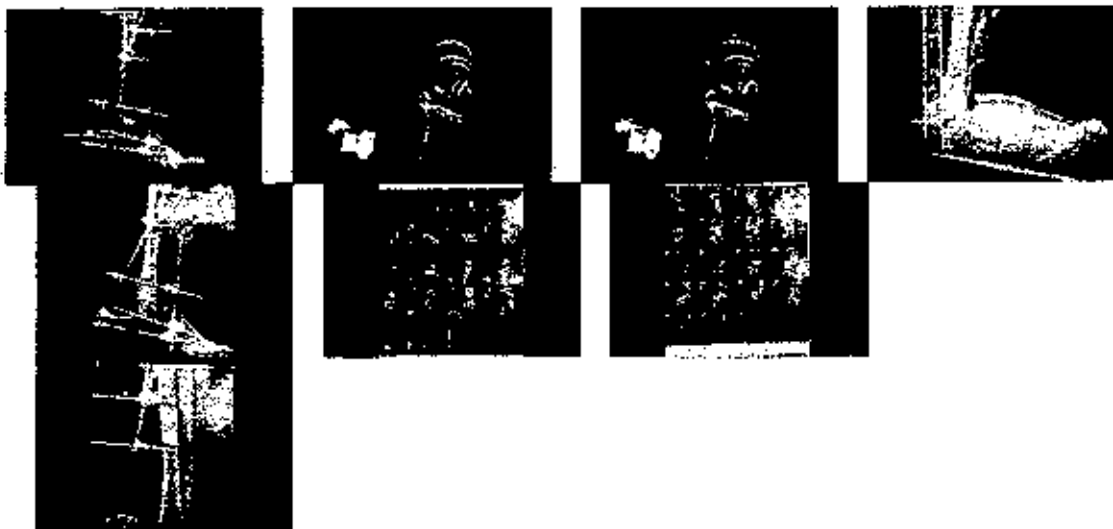
DIAGNOSTICOS: Fratura do perônio (fíbula) (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTA LUXACAO EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO A DE TRATAMENTO
 DECIDIDA CONSERVADOR. TRANSFERIR PARA BMF CONFORME ORIENTADO
 PARA CADA EM PRONTUARIO, MARCAR RETORNO 15 DIAS APÓS ALTA
 LESAO: HOSPITALAR PARA DR LUIZ HOLANDA SEM INTERCORRENCIAS -
 RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - NAO PISAR ATE
 RETORNO.

STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

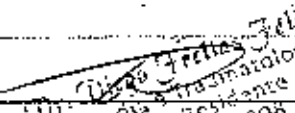
STAFF DO STAFF
 LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Ass:  Dr. José Frota Ortopedia e Traumatologia Médico Residente CREMEC-19808	Retornar dia: ____/____/____ Or. _____	Hora: ____ para
Data: 04/09/19		

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 26/08/2019 09:02:07	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702808637093688	NOME: MARDONIO SILVA COSTA				Registro: 5632590		
CPF: 02014242313	RG: 20030150563	D. NASC: 23/05/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo		
NOME DA MÃE: MARIA IRENE SILVA COSTA				NOME DO PAI: FRANCISCO SILVA COSTA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATODANTAS		Nº: 661	BAIRRO: PARQUE URUPÉ			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 981320117	MUNICÍPIO: CASCABEL	UF: CE	CEP: 62850970			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: semelha 110 cond posto		PARENTESCO:		TELEFONE: 981320117			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus							
QUEIXAS: pac. vítima de colisão moto x ônibus com trauma e laceração extensa em face e em couro cabeludo, fratura exposta em tornozelo esq. apres. hemorragia.							
OBSERVAÇÕES: após atendimento, tal os ferimentos.							
OBSERVAÇÕES: trauma cranioencefálico - dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderada		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável



Atendimento.....: 1460228 Data: 06/12/2019
Paciente.....: MARDONIO SILVA COSTA
Solicitante.....: DRA. MAGALI MASSILON PONTES
Convênio.....: TIJUCA ALIMENTOS
Exame: RM DE ORBITAS

TÉCNICA:

CORONAL STJR.

CORONAL + SAGITAL + AXIAL T1.

CORONAL + SAGITAL + AXIAL T1 SPIR pós-contraste.

RELATÓRIO:

- Redução das dimensões do seio maxilar esquerdo, caracterizando-se acentuado infradesnívelamento do assoalho da órbita, que pode estar relacionado a fratura, com deslocamento inferior do músculo reto inferior e do nervo óptico.

- Irregularidade de contornos da lâmina papiracea esquerda que pode estar relacionada a fratura.

- Os nervos ópticos apresentam espessura e sinal conservados.
- Demais grupos musculares extrínsecos do olho estão preservados à esquerda.
- Musculatura extrínseca do olho direito está preservada.
- Tecido adiposo intra e extra-conal de aspecto preservado.
- Septo nasal desviado para a esquerda com esporão ósseo.
- Após a injeção venosa de meio de contraste paramagnético (Gadolíneo) não foram observadas zonas de realce anômalo.

OBSERVAÇÃO:

- A tomografia computadorizada pode fornecer informações adicionais e mais detalhadas sobre as estruturas ósseas mencionadas acima.

DR. EUGENIO DE SA COUTINHO NETO
RADIOLOGISTA
CRM: 6803

D



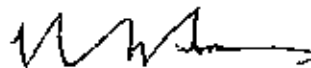
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré hospitalar do Sr. **MARDONIO SILVA COSTA**, portador do RG n.º 2003015058390, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 020.142.423-13, no dia 26/08/2019, às 06h50, no Município de Cascavel-CE, na Rodovia CE 040, Bairro Alto Luminoso, próximo ao Depósito de Construção Alto Luminoso, vítima de acidente de trânsito, colisão entre ônibus e motocicleta, sendo removido para o hospital local e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 18 de setembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Mauricio Imparato

De: Mauricio Imparato
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 12:50
Para: dpvat@capemisa.com.br; patricia.oliveira@alfaseg.com.br;
'mauro.peres@capemisa.com.br'
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: Lista Projeto Movimentação Remota - Capemisa.xlsx

Prezados, boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação "concluir regulação" no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

" Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota."

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Abraços,

Mauricio Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica
mauricio.imparato@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598
Cel. 55 21 98223-8789



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARDONIO SILVA COSTA

DOC. IDENTIFIC. / CDS. HABILIT. Nº
2003015050300 CEP

CEP
020.142.423-13

DATA NASCIMENTO
23/03/1988

RELAÇÃO
FRANCISCO SILVA COSTA
MARIA FREIRE SILVA COSTA

PROFISSÃO
ACC

ACC
AD

Nº HABILIT.
0442738793

Validade
07/04/2020

1ª Emissão
14/03/2009

Observações
EXERCICE ATIV. PROMOVERADA;
47

LOCAL
FORTALEZA, CE

Data Emissão
25/03/2015

Assinatura
[Assinatura]

88348885046
CE146956940

UF
CE (CEIRA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1150914930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAT

DETRAN - CE Nº **014732291836**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **01** COD RENAVAM **0000000000** EXERCÍCIO **2019**

NOME **RICARDO SILVA COSTA**

PLACA **01L2612/CE**

CHASSI **9C2JC4120CR538316**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 125 FAN ES** ANO FAB **2012** ANO MOD **2012**

CAP/PT/OL **1** CATEGORIA **1** COM FALDOM NANTE **VERIFICADO**

COTA UNICA **1** VENCIMENTO **10/00/2019**

PAGAMENTO **PARCELADO**

LOCAL **CASCAVEL** DATA **10/00/2019**

Igor Ponte
 Superintendente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº **014732291836** BILHETE DE SEGURO DPVAT

02014242313

01L2612/CE

**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

014732291836

4531936826

EXERCÍCIO **2019** DATA EMISSÃO **4/03/2019**

VIA **01** OFF, CNPJ **02014242313** PLACA **01L2612**

RENAVAM **455830126** MARCA/MODELO **HONDA/CG 125 FAN ES**

ANO FAB **2012** QTD DES **PART** Nº CHASSI **9C2JC4120CR538316**

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) **0,00** DENATRAM (R\$) **0,00** CUSTO DO SEGURO (R\$) **0,00**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **0,00** IOF (R\$) **0,00** ESTABILIZADOR (R\$) **0,00**

PAGAMENTO **COTA ÚNICA** DATA DE DURAÇÃO **00/00/0000**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04

MOTOR: **JC41E2C538316**

00654

DUT



014732291836
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA



00654
01L2612
 COD RENAVAM **455830126**
248718 00654

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083248 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARDONIO SILVA COSTA **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LACERAÇÃO EXTENSA NA FACE E NO COURO CABELUDO. P4
FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P3
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0067102/20

Vítima: MARDONIO SILVA COSTA

Data do acidente: 26/08/2019

CPF: 020.142.423-13

CPF de: Próprio

Títular do CPF: MARDONIO SILVA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARDONIO SILVA COSTA : 020.142.423-13

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 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: 19/02/2020
Nome: MARDONIO SILVA COSTA
CPF: 020.142.423-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

MARDONIO SILVA COSTA

Patricia Aleixo Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067102/20

Vítima: MARDONIO SILVA COSTA

CPF: 020.142.423-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: MARDONIO SILVA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARDONIO SILVA COSTA : 020.142.423-13

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 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: 19/02/2020
Nome: MARDONIO SILVA COSTA
CPF: 020.142.423-13

MARDONIO SILVA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva