



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

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

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis
Beviláqua
Processo: 02629672320218060001
Classe do Processo: Petições Intermediárias
Diversas
Data/Hora: 30/06/2023 16:54:00

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2836896_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-
3.pdf
Documentação: 2836896_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_Anexo_
02 - 1-20.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 02629672320218060001

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 **ELIANO PEREIRA BARBOSA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 29 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210045712

Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 03/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIANO PEREIRA BARBOSA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, 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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 27 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210045712

Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 03/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIANO PEREIRA BARBOSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/04/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210045712 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 03/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO GLENOUMERAL À DIREITA
FRATURA DO TUBÉRCULO MAIOR DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2,3

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO

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 LEVE DO OMBRO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 807.933.553-20 4 - Nome completo da vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

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

5 - Nome completo: ELIANO PEREIRA BARBOSA 6 - CPF: 807.933.553-20
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA ALVES DE LIMA 9 - Número: 815 10 - Complemento: AP 301 BLM 0202
11 - Bairro: COLONIA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60337350
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 185) 988701298

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0031 CONTA: 00012969 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vai nascer)? 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 Lider 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 - _____
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 OU DE FEVEREIRO de 2011

Eliano Pereira Barbosa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 441 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/02/2021 09:17:28**
Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2020 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R CORONEL MATOS DOURADO, 588, HENRIQUE JORGE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **SUPERMERCADO DO POVO**

Dados da(s) Vítima(s)


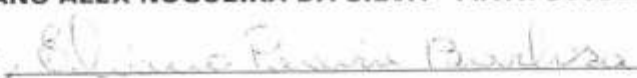
Nome: **ELIANO PEREIRA BARBOSA**
Nascimento: **14/01/1981** CPF: **807.933.553-20**
RG: **96007005100** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **AILA PEREIRA BARBOSA**
JOSE GOMES BARBOSA
Endereço: **RUA ALVES DE LIMA, 815 AP 301 B H Q 02**
Bairro: **COLONIA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.337-350**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98837-8005**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HYP7248 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC08107R083891 Renavam: 905663950 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: ELIANO PEREIRA BARBOSA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HYP-7248-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA CORONEL MATOS DOURADO E TINHA ACABADO DE CHOVER NO LOCAL E AO FREAM BRUSCAMENTE POR CAUSA DA PASSAGEM DE UM PEDESTRE NA VIA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTO E ACONTECEU A QUEDA DA MOTO NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 
VISTO DO(A) DELEGADO(A):



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 441 / 2021

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 807.933.553-20 4 - Nome completo da vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

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

5 - Nome completo: ELIANO PEREIRA BARBOSA 6 - CPF: 807.933.553-20
 7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA ALVES DE LIMA 9 - Número: 815 10 - Complemento: AP 301 BLM 0202
 11 - Bairro: COLONIA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60337350
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 185) 988701298

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0031 CONTA: 00012969 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vai nascer)? 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 Lider 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 - _____
 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 OU DE FEVEREIRO de 2011

Eliano Pereira Barbosa
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELIANO PEREIRA BARBOSA		Nº DO PRONTUÁRIO 268793	Nº DO BE 389372
CASSUS		NASCIMENTO 14/01/1981(39 ANOS)	SEXO M
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 807.933.553-20		RACIA/COR PARDO	
NOME RESPONSÁVEL AMIGO-PEREIRA		NOME MÃE AILA PEREIRA BARBOSA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	ENDEREÇO TRAVESSA ALVES DE LIMA 815 CRISTO REDENTOR	
CEP 60.337-360	CONTATO (85)98837-8005		

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIRA REFERE DOR NO BRAÇO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO.	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICOSEMA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SILMARIA FREITAS GUERRA		
CLASSIFICAÇÃO VERDE	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 03/11/2020 11:26:12			

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Profundo de um ombro
Luxação do ombro*

DIAGNÓSTICO

EXAMES SOLICITADOS
 HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>At ymero DA.</i>	<i>30/0072</i>	
<i>Rx ombro D AD</i>		

TIPO DE ALTA/BAIXA

ALTA/BAIXA
 DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por SILMARIA FREITAS GUERRA em 03/11/2020 às 11:26:14
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Marcos Ramos
 Med. 45832
 Comendador da S.M.E. - FORTALEZA

ELIANO PEREIRA BARBOSA



CLÍNICA NOVA

Paciente: Eliano Pereira Barbosa

Idade: 39

29/12/2020

rua alves de lima - 815 - alvarado - (85) 98837-8005

CPF: 807.933.553-20 - Cidade: - Estado:

Receituário

Solicito:

Tratamento Fisioterápico (30 ss).

Just: recuperação e manutenção da amplitude de movimentos (ativa e passiva) pós fratura do tubérculo maior do úmero e luxação gleno-umeral à direita.

Dr. Francisco De Assis Caminha Ximenes

CRM 4286 CE
Dr. Fco. de Assis C. Ximenes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 4286 TEOT 11385

Rua Guilherme Kocho, nº326 - Centro | Fortaleza -Ce.

Fone: (85) 3048.0500 -
www.clinicanova.med.br



RECEITA

Elaine Alves Costa

Prescrição

Exatidão diagnóstica para melhor
no caso de acidente com trauma
- controle de alguns exames necessários

Exatidão

2

[Handwritten signature]

14/01/25

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MEDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE ELIANO PEREIRA BARBOSA		Nº DO PROFISSIONÁRIO 268793	Nº DO UC 389372
CADSRUS		SEXO M	RACIA/COR PARDO
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 807.933.553-20		NOME MÃE AILA PEREIRA BARBOSA	
NOME RESPONSÁVEL AMIGO-PEREIRA		ENDEREÇO TRAVESSA ALVES DE LIMA 815 CRISTO REDENTOR	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CIDADÃO (85)98837-8005	
CEP 60.337-360			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSE REFERE DOR NO BRAÇO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG		SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	GLICÊMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	ALERGIAS NEGA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SILMARIA FREITAS GUERRA	
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 03/11/2020 11:26:12			
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATRIBUIÇÃO ATENDIMENTO TRAUMA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE <i>Depende de um ombro Luzerent do do-fer</i>			
DIAGNÓSTICO			
SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>At ymero DAI</i>	<i>30/0072</i>		
<i>Rx ombro D AD</i>	<i>Adm</i>		
TIPO DE ALTA/BAIXA			
ALTA/BAIXA <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO LÍQUIDO ESPECIALISTA	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			

Impresso por SILMARIA FREITAS GUERRA em 03/11/2020 às 11:26:14
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal

Marcia Ramos
Mat. 25632
Coordenadora do SAMU - 105504

ELIANO PEREIRA BARBOSA



RECEITA

Ethano Benz

M. Quimioterapia A 010
sem comp de
8 - 8 7

02/11/11
[Signature]

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.
PREJUDICAM A SAUDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.197/0010-35



CLÍNICA NOVA

Paciente: Eliano Pereira Barbosa

Idade: 39

29/12/2020

rua alves de lima - 815 - alvaro ene - (85) 98837-8005

CPF: 807.933.553-20 - Cidade: - Estado:

Receituário

Solicito:

Tratamento Fisioterápico (30 ss).

Just: recuperação e manutenção da amplitude de movimentos (ativa e passiva) pós fratura do tubérculo maior do úmero e luxação gleno-umeral à direita.

Dr. Francisco De Assis Caminha Ximenes

CRM 4286 CE
Dr. Fco. de Assis C. Ximenes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 4286 TEOT 11385

Rua Guilherme Rocha, nº326 - Centro | Fortaleza -Ce.

Fone: (85) 3048.0500 -

www.clinicanova.med.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

CPF: 807.933.553-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/11/2020

Titular do CPF: ELIANO PEREIRA
BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELIANO PEREIRA BARBOSA : 807.933.553-20

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: 05/02/2021
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

Número do Sinistro: 3210045712

Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

CPF: 807.933.553-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIANO PEREIRA
BARBOSA

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 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: 03/03/2021
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2021
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3210045712

Data da solicitação: DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Eliano Pereira Barbosa

CPF do beneficiário: 807.933.553-20

Nome do solicitante: Eliano Pereira Barbosa

CPF do solicitante: 807.933.553-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9-88701298 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: dpvataquiportal2@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho por meio desta carta pedir aos senhores analistas para reaverem meu processo pois eu não concordo com o valor que me pagaram pois em base na documentação enviada e nunca marcaram uma perícia médica pra mim. Então peço que reavaliem minha situação pois até hoje eu me encontro com sequelas permanentes em decorrência deste acidente.

Fortaleza, 05/04/2021.

Eliano P. Barbosa

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

Número do Sinistro: 3210045712

Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

CPF: 807.933.553-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIANO PEREIRA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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 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: 06/04/2021
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

Número do Sinistro: 3210045712

Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

CPF: 807.933.553-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIANO PEREIRA
BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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 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: 06/04/2021
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ