



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

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

Dados Básicos

Foro: Iguatu
Processo: 02000493320238060091
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 26/01/2023 15:15:17

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2879294_CONTESTACAO_0
1 - 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2879294_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-11.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320028871701

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA HORACIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 000000095353

Número da Autenticação

AF9530A608AD8D01

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200288717

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do acidente: 16/02/2020

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: & CONFORME @ P 1 (ABA OUTROS), DR. ALAN FELIPE OLIVEIRA DE ALENCAR, CRM-CE: 18121, DE 05/08/2020.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200288717

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do acidente: 16/02/2020

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: & CONFORME @ P 1 (ABA OUTROS), DR. ALAN FELIPE OLIVEIRA DE ALENCAR, CRM-CE: 18121, DE 05/08/2020.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288717

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA HORACIO

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, contados 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



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: 004.762.723-94 4 - Nome completo da vítima: Antônia Korácio

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

5 - Nome completo: Antônia Korácio 6 - CPF: 004.762.723-94
 7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua 0012 9 - Número: 1195 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Atipiano 12 - Cidade: Iguatu 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.500-009
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (88)99669-0220

DADOS CADASTRAIS

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:
 RECLUSO 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)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0613 CONTA: 95353 3 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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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(s) (maiores)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 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) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Iguatu - CE, 10.06.2020
Antônia Korácio
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200288717

Vítima: ANTONIA HORACIO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA HORACIO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ANTONIA HORACIO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000613**

Conta: **0000095353-3**

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 2277 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/06/2020 09:36:33**
Data / Hora da Ocorrência: **16/02/2020 16:41:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT TANQUE, ZONA RURAL - IGUATU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIA HORACIO**
Nascimento: **03/05/1982** CPF: **004.762.723-94**
RG: **2001029187620** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ORMECINDA ANA HORACIO**
FRANCISCO HORÁCIO
Endereço: **RUA 12, 1195**
Bairro: **ALTIPLANO**
Município: **IGUATU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98834-0822**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ0995** Uf: **CE** Município: **IGUATU** Chassi:
9C2KD1000JR128670 Renavam: **1162755099** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano
Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **Josefina de Jesus Brito** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu a esta delegacia (a)DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de CONDUTORA, na moto acima cadastrada; Que no dia do acidente havia chovido e ao passar por dentro de uma "GROTA", quando a moto derrapou vindo a declarante cair; Que foi socorrida por um popular para o Hospital Regional de Iguatu ;Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.
Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antônia Horácio

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCOS SANDRO NAZARÉ DE LIRA - MAT.: 126911-1-4

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atend.	Nome do Paciente	CNS		Guia de Autorização
062032	0009	ANTONIA HORACIO	898002700738707		
Documento(s)			Estado Civil	Sexo	
CPF: 004.762.723-94			Solteiro(a)	Feminino	
Data de Nascimento	Local	Idade			
03/05/1982	IGUATU/CE	37 Ano(s)			
Pai		Mãe			
FRANCISCO HORACIO		ORMECINDA ANA HORACIO			
Endereço			Bairro	CEP	Município
RUA 12, 1195			ALTIPLANO	63500-000	IGUATU
Profissão	Empresa	Cônjuge	UF	Telefone	
			CE	88 92862906	
Responsável		CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
ANTONIO ORACIO			RUA 12, 1195	IGUATU	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
16/02/2020	16:41	SUS		
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento
PLINIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO			15916/CE	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente			Funcionário	
			ANTONIA DO CARMO DE SOUZA	
Observação				
Sala				
Data/Hora Liberação			Tipo de Saída	
			<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Óbito	
Sinais Vitais				
Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (lpm)	Frequência Respiratória (rpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Pts. certifica de acidente de trânsito com trauma em MTE, com queixa de dor no local. Negar cefaleia, náusea, vômito, ataxia, incontinência, orientada, ECG IS, Aórtica, abdome e bacula em antea.

Col: (01) Piquete I Piquete I III -
 (02) Depressão 2ml + Piquete AD - EV.
 (03) Limpeza e sutura

[Handwritten signature]

PLINIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO - CRM: 15916

[Handwritten signature]
 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: ANTONIO ORACIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 FUNDAÇÃO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
 FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

ANTÔNIA HORÁCIO

Nº CONTRATO / Nº INSCRIÇÃO: 2603026197620 CEP: CE

Nº de Matrícula: 004.362.723-04 DATA DE EMISSÃO: 18/03/1992

ENDEREÇO: FRANCISCO ESPÁCIO
 OSVALDO LIMA ANA HORÁCIO

NOME: ANTONIA HORACIO
 SEXO: F
 DATA DE NASCIMENTO: 24/07/2023
 DATA DE VALIDADE: 30/12/2023

Nº de Matrícula: 1659552813

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO TITULAR: *Antônia Horácio*
 LOCAL: IQUIRU, CE
 DATA DE EMISSÃO: 02/09/2019

Nº de Matrícula: 1659552813
 Nº de Matrícula: 30851119308
 Nº de Matrícula: CE164216002

CEARÁ

RELATÓRIO DE LAUDO MÉDICO

NOME: ANTONIA HORACIO

IDENTIFICAÇÃO: 2001029187620 SSP/CE – CPF: 004.762-723-94

Periciada, 38 anos, vítima de acidente com veículo automotor no dia 16/02/2020 conforme documentação comprobatória em anexo (boletim de ocorrência policial e ficha de primeiro atendimento médico hospitalar).

Apresentava, em decorrência do trauma, contusão no pé esquerdo.

Vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização com tala gessada e não realizou fisioterapia motora. Alta definitiva: maio/2020.

No momento do exame vítima apresenta edema residual no pé esquerdo, dor ao deambular e piora ao realizar manobra de agachamento.

Do exposto, concluímos que há agravamento de sequela e déficit funcional (sequela permanente e irreversível) residual (10%) no pé esquerdo.

CID10.: S90.3

Atenciosamente.


Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar
MÉDICO
CREMEC 18.121

Iguatu-CE, 5 de agosto de 2020.

Alan Felipe Oliveira de Alencar

CREMEC: 18121

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226415/20

Vítima: ANTONIA HORACIO

CPF: 004.762.723-94

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

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA HORACIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIA HORACIO : 004.762.723-94

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: 13/08/2020
Nome: ANTONIA HORACIO
CPF: 004.762.723-94

ANTONIA HORACIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO