



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

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

Dados Básicos

Foro: Eusebio
Processo: 02008260320228060075
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 16/02/2023 11:47:30

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2879702_CONTESTACAO_0
2 - 1-8.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2879702_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-19.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISA0_2018 - 1-2.pdf

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

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320038756701

VALOR TOTAL:

337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00295

CONTA: 000000051902

Número da Autenticação



ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 09/09/2019

RECEITA

TIPOIA VELPEAU

MAXSULID 400-----1CX
01 COMP 12/12H

MIOSAN 10MG-----1CX
01 COMP/ NOITE

Documentação médica - hospitalar



Dr. FCO. JOSÉ FROTA PRADO
Ouro Preto e Transmissão de
Cirurgia de Orelha, Nariz e
Garganta - Fortaleza
CRM 13248



ANTONIO PRUDENTE

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
61907336



13/09/2019 16:11:09

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8857953	ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA	M	15/06/1976	43

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
94002249047 SSP CE	4485753379		2-SOLTEIRO

Endereço
R CONEGO DE CASTRO, 2568 - VILAPERI, FORTALEZA(CE) CEP 60530360

Telefone Residencial Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio
22 HAPVIDA_MATRIZ 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira Validade
14817000171010013

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
09/09/2019	15:52		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente Clínica
2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO 6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R43101/A - (1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFINE O PRONTUÁRIO
FELIC 27851
Assinatura

Data Inicial: 14/08/2019 Atendimento: 451997336 Médico prescritor: Consultar
 Data final: 13/09/2019 Prontuário: Convênio:
 Carteira: Atendimentos com alta administrativa Atendimentos liberados pela auditoria
 Atendimentos com pendências no prontuário Atendimentos liberados pela administração

PH: Histórico
T3109 T4308

Documentos	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	ID Documento	Modo	Sexo
03/09/2019 15:52 - CONSULTA TRAUMATOLOGO	61937335	9327353	ANTONIO MICHEL DE PAIXAO GOMES OLIVEIRA	15050915	ASA 2M 200	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta Imp. por Tipo de Documentação Nome da Imp. Nome do Pa.

- Tipos de documentos**
- 1 Registros Médicos
 - 2 **Formulário de Atendimento na Emergência**
 - 7 Prescrição Médica
 - 8 Receta Médica Simples
 - 9 Recetas Médicas
 - 10 Atestado Médico
 - 11 Declarações
 - 3 Pareceres Médicos
 - 5 Solicitação de Parecer Médico
 - 4 Admissão do Paciente
 - 3 Evolução Médica
 - 7 Exames de Laboratório
- Ver Histórico de digitalizações

Visibilidade	Inquirir Doc. Assinado	
Digitadora	Profissional	SITUAÇÃO
03/09/2019 17:11:00		ASSINADO
03/09/2019 16:47:54		ASSINADO
03/09/2019 15:55:19		ASSINADO

CONFERE O PRONTUÁRIO
fulcr 2357
 Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:09

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953
 Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2
 Profissional(is): FRANCISCO JOSE FRÓTA PRADO FILHO CRM 13246 [1] Nº: 43935075 09/09/2019 às 15:54

ANAMNESE

Queixa Principal queda de moto sem desmaio trauma em ombro direito [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

CID10 M24 OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECIFICOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CIP. 10001430
 PRADO 27896
 Assinado

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:10

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1] Nº: 43937779 09/09/2019 às 16:41

ANAMNESE

Queixa Principal

lac

[1]

solicito rx

CONFERE CI PRONTUÁRIO
RCA 27851
13/09/2019

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:10

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953

Convênio: FIAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2

Professional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13248 [1] Nº: 43939157 09/09/2019 às 17:07

ANAMNESE

Queixa Principal

LUXAÇÃO GRAU V
CONVERSADO SOB NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO EM DECORRENTE DO GRAU V [1]

ORIENTO SOB SEQUELA DE REDUÇÃO DE FORÇA CASO NAO OPERE

PACIENTE OPTA POR TTO CONSERVADOR COM TIPOIA

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10

S431 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S431 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR [1]

CID10

S431 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR [1]

Handwritten signature and number:
Francisco Jose Frota Prado Filho
27896

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/09/2019 16:10

Paciente: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE Dt. Nasc.: 15/06/1976 Atendimento: 61907336 Prontuário: 8857953

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/2

Profissional(is): FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA COREN 010101 [1] Nº: 43952093 09/09/2019 às 22:02

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	TIPO VELPEAU 1 - REALIZADO AS 22:02, EM 09/09/2019 POR FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Hemorragia Puerperal		[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)		[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)		[1]
Queda Adulto (Morse)		[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)		[1]
Flebite		[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico		[1]

CONFERE PRONTUÁRIO
Paciente 27871
FACILITADOR

ANTONIO MICHEL DE SAUDA GOMES DE OLIVEIRA



CPF: 7780501 UF: CE

CPF: 514.033.073-34 DATA NASCIMENTO: 15/06/1978

Matrão:
RAIMUNDO JOSE CARNEIRO
DE OLIVEIRA
ANTONIA RAFAEL GOMES
DE OLIVEIRA

Sexo: Cor: Estado Civil: AB

CPF: 02866771731 Data de Emissão: 23/09/2022 Data de Validade: 11/08/2024

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1544829880



PROVIDO PLASTIFICADA
1544829880

LOCAL: FORTALEZA, CE Data de Emissão: 27/09/2017

[Handwritten Signature] 40282568401
CE161549436

CEARÁ

Documentos de Identificacao





**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

**Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense**

LAUDO PERICIAL

2020.0104305


Natureza do exame: Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)

Referência: B.O: - 206-4600/2019

Documento solicitante: Guia - 800/2020

Órgão solicitante: Delegacia Metropolitana de Eusébio

CPF - 514.033.073-34
Processo - 3190665482
DPVAT

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará</p>	<p>Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Traumatologia Forense</p>
<p>LAUDO PERICIAL</p>	<p>Número: 2020.0104305</p>
<p>Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)</p>	<p>Páginas: 2/2</p>

No dia 08 de setembro de 2020, no Núcleo de Traumatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Fortaleza-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Sr(a) Rafael Izidorio Do Espirito Santo para proceder exame Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia Metropolitana de Eusébio de acordo com o(a) Guia de número 800/2020, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

SOLICITAÇÃO: 141742

ENVOLVIDO(S):

ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

PARECER:

HISTÓRICO: Periciando refere ter sofrido acidente de trânsito 09/09/2019, sofrendo luxação acromioclavicular à direita. Submetido a tratamento conservador. Evolui com queixa de dor do ombro direito. Nega tratamento atual. **EXAME FÍSICO:** Bom estado geral, deambulando sem dificuldade. Apresenta: discreta redução da amplitude dos movimentos do ombro direito. Hipotrofia muscular em ombro direito. **DOCUMENTOS EXIBIDOS:** Atestado emitido em 17/01/2020, assinado pelo Dr. José Gilvan Neto, CRM 13841, descrevendo luxação acromioclavicular crônica em ombro direito. Cursa com dor forte, deformidade e leve limitação de ADM.

QUESITOS:

1) **Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.**

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) *Debilidade permanente dos movimentos do ombro direito, na ordem de 10%, conforme anexo da Lei 6194/74.*

08 de setembro de 2020

Dr(a) Rafael Izidorio Do Espirito Santo
Médico Perito Legista Matrícula: 0002181-4



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387567 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
GOMES DE OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A DIREITA. PG. 6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU RESIDUAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO IML 2020.0104305, DE 08/09/2020. QUESITO 1º SIM, DEBILIDADE DO OMBRO DIREITO EM 10%.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307583/20

Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE

CPF: 514.033.073-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO MICHEL DE
PADUA GOMES DE
OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA : 514.033.073-34

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: 28/10/2020
Nome: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA
CPF: 514.033.073-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2020
Nome: Alan Silva de Oliveira
CPF: 152.775.167-86

ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

Alan Silva de Oliveira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387567 **Cidade:** Eusébio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A DIREITA. PG. 6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU RESIDUAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO IML 2020.0104305, DE 08/09/2020. QUESITO 1º SIM, DEBILIDADE DO OMBRO DIREITO EM 10%.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200387567

Vítima: ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000000295-0**

Conta: **0000051902-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) II

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 514.033.073-34 4 - Nome completo da vítima: Antonio Michel de Padua Gomes de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Michel de Padua Gomes de Oliveira 6 - CPF: 514.033.073-34
 7 - Profissão: Supervisor 8 - Endereço: Rua. Manoel Benedito 9 - Número: 987 10 - Complemento: Coxa 16
 11 - Bairro: Guajiru 12 - Cidade: Lauro de Freitas 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61629-170
 15 - E-mail: antonio.michel.oliveira@oi.com.br 16 - Tel. (DDD): 85-999554500

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:
 RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: Bradesco

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

AGÊNCIA: 0295 CONTA: 51902 2
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 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

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 (vel nascido)? 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 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 - CE, 14 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



INV



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 4600 / 2019

Dados da Ocorrência

Boletim de ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **20/09/2019 11:35:36**
 Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2019 15:15:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD 4º ANEL VIÁRIO, TAMATANDUBA - EUSEBIO/CE**
 Ponto de Referência: **DISTRIBUIDORA DE RAÇÕES SERRANA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MICHEL DE PADUA GOMES DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **15/06/1976** CPF: **514.033.073-34**
 RG: **94002249047** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: _____
 Filiação: **ANTONIA RAFAEL GOMES DE OLIVEIRA**
RAIMUNDO JOSE CARNEIRO DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA MANOEL BENEDITO**
 Bairro: **GUAGIRU**
 Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.629-170**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98754-8333**

Histórico

DISSE QUE estava trafegando na motocicleta MOTOCICLO/NÃO APLIC., marca/modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 125, ano 2011/2012, chassi 9CDNF41AJCM401378, pela rodovia popularmente conhecida por 4º Anel Viário, quando um veículo Corolla, marca Toyota, cor branca, placa não anotada, lhe ultrapassou pela direita, para depois voltar à via; QUE para melhor esclarecer, o registrante estava na faixa da direita, quando inesperadamente, o veículo Corolla lhe ultrapassou pela direita usando para isso o acostamento, para depois voltar à via; QUE quando o Corolla voltou à via, acabou por bater no pneu dianteiro da moto pilotada pelo registrante; QUE veio ao chão, machucando seu ombro direito; QUE o condutor do veículo Corolla fugiu; QUE como o registrante estava há poucos metros da empresa que trabalha, telefonou para Célio, supervisor de logística, informando os fatos; QUE a esposa do registrante, de nome ANTONIA MARTA DOS SANTOS OLIVEIRA, foi informada dos fatos e compareceu até o local; QUE de lá, MARTA o levou para o Hospital Antônio Prudente; QUE devido a queda, o registrante teve uma luxação no ombro direito com rompimento de ligamento e ficou afastado de suas funções por 15 (quinze) dias. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RENATA DE SERPA MOURA DE MENEZES - MAT.: 198179-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

Pág. 1 de 2

Consultado em: 20/09/2019 11:57:12

Impresso em: 20/09/2019 11:57:12

Uf: _____
 Matr.: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO
Impresso nº 2019665458



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 4600 / 2019

EVERARDO LIMA DA SILVA - MAT.: 133819-1-7

Luciano Lucerda Leite
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 308123-1-3

