



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08016948520188180026

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 **RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA**, 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:

LAUDO INCONCLUSIVO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente, requerendo em juízo a complementação da indenização do Seguro DPVAT, impugnado o resultado da perícia realizada no momento da regulação administrativa.

Importante frisar que todas a perícias realizadas na esfera administrativa são subscritas por dois médicos especialistas, sendo um profissional responsável pela realização da perícia médica e outro profissional responsável por realizar a revisão da perícia.

Desta forma, após a parte autora ser submetida à perícia, conclui-se pelo pagamento da indenização no importe de R\$ 843,75, em total consonância com a Legislação vigente.

Vale ressaltar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório, sendo certo que o mero descontentamento da parte com o resultado da perícia realizada no âmbito administrativo não autoriza a realização de novo exame pericial em sede judicial.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls., realizado pelo i. expert, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da complementação da indenização pleiteada.

Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quiçá o porquê do autor ainda encontrar-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequela.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva graduação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado em grau superior ao que foi constatado na esfera administrativamente, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar que houve o agravamento da lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

"APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC."

(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015.)"

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016)."

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de complementação a indenização à parte autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez apresentado na esfera administrativa subscrita por dois médicos especialistas, visto conforme amplamente demostrado, o laudo de fls., é **INCONCLUSIVO**, pois não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Todavia, caso não seja esse o entendimento do N. juízo, requer a intimação do expert para esclarecer a lesão sofrida pela parte autora e graduar corretamente a lesão, de acordo com a tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 28 de novembro de 2019.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201**

**EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO AMBULATORIAL, COM EXAMES DE IMAGEM RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL(ROTACAO, FLEXAO E EXTENSÃO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL(ROTACAO, FLEXAO E EXTENSÃO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Raimundo Pereira Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão:

Identidade: 26.656.551-0100-PI CPF: 184.721.843-15

Endereço: Rua Francisco Pinto

Bairro: Centro

Cidade: Campos do Jorden

CEP: 64.275.000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Jorge de Macielo Moraes

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 2.724.200

CPF: 048.056.943-60

Endereço: Rua Benjamin Constant, 852

Bairro: Centro

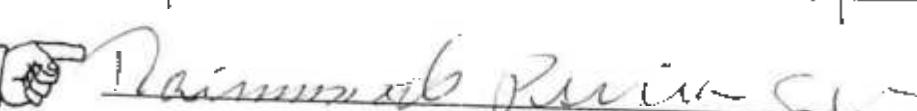
Cidade: Campos Maior

CEP: 64.380.000

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IMI, Autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Raimundo Pereira Silva.
Ocorrido acidente de trânsito.

Local: Campos Maior UF: PI Data: 18 de maio de 2018.

Cartório Único
Campo Maior - PI

 Raimundo Pereira Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)



09 JUL 2018

ORIGINAL

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL(ROTACAO, FLEXAO E EXTENSÃO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180312024**
Vitima: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE DE MACEDO MORAES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312024**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180312024

Vitima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312024**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3180312024

Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180312024** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pal, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pal, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

184.721.843-15

Nome completo da vítima

Raimundo Ferreira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Raimundo Ferreira da Silva	CPF titular da conta	184.721.843-15	Profissão	funcionário
Endereço	Rua 300 número 1000	Número	339	Complemento	
Bairro	Jardim	Cidade	Salvador do Sul	Estado	SC
Email		CEP	64.273.000	Telefone (DDD)	(186) 981374015

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0616

D/V

CONTA

815701

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Notas

09 JUL 2018

NRO

AGÊNCIA

NRO

p/v

CONTAS

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Salvador do Sul, PR, 28 de Junho de 2018

Lugar e Data

Raimundo Ferreira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



J CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180312024
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Pereira Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Pereira, 339
Centro Jatoba do Piauí PI CEP: 64275-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 226656
Data local do acidente: [15/04/2018]
Data local do exame: [14/08/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR

Complicações: LIMTACAO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO

Data da Alta: 16/05/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL(ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

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

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITACAO FUNCIONAL DO QUADRILO DIREITO COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL(ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual (X) 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

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

Frediano Fonseca de Oliveira
Dr. Frediano Fonseca de Oliveira
CRM/PI - 5058
SaudeSEG
Sistema de Gestão da Saúde



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

368 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000027/2018-86

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 03/07/2018 - 12:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

ASSENTAMENTO BAIXÃO DOS TUCUNS, Nº:

Complemento

Data/Hora

15/04/2018 - 16:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

RESIDENCIA DO SR. MIGUEL ABEL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 226656 SSP PI

Mãe: ALZIRA PEREIRA DA SILVA

Pai: FIDELARINDO LOPES DA SILVA

Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA, Nº 0

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 64275-000

Telefone(s): 86-8106-6972 86-8117-4760

Nome: WILLIANS SHELDON SILVA SOUSA

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Mãe: LUIZA PEREIRA DA SILVA

Pai: FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO

Endereço: RUA CEL. EULALIO FILHO, Nº 382

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Telefone(s): 86-3252-2424

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA OLIVEIRA

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA/Noticiante

RG: 2011382 SSP PI

Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA

Pai: ANTONIO FIRMINO DE SOUSA

Endereço: RUA RAIMUNDO LULU, Nº 15

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 64275-000

Telefone(s): 86-8137-4015

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA 15 DE ABRIL DE 2018 POR VOLTA DAS 16:00 HORAS APROXIMADAMENTE QUANDO O NOTICIANTE TRAFEGAVA EM UMA ESTRADA VICINAL CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA MODELO: YAMAHA/XTZ 150 CROSSER E ,ANO/FAB:2017/2017,COR: CINZA,PLACA:PI-2995,CÓD.RENAVAN:01123803770,CHASSI Nº 9C6DG2520H0011411, ESTANDO LICENCIADA EM NOME DE EDINALDO RODRIGUES LIMA, E QUE PRÓXIMO Á RESIDENCIA DO SENHOR MIGUEL ABEL NAS IMEDIACOES DO ASSENTAMENTO BAIXÃO DOS TUCUNS,ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUÍ FOI SURPREENDIDO POR A INVASÃO DE UM ANIMAL DE ESPÉCIE CAPRINO QUE INVADIU A ESTRADA VICINAL E QUE O CONDUTOR AO TENTAR DESVIAR DO MESMO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE DO ACIDENTE O NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA COMINUTIVA NO ACETÁBULO DIREITO E DERRAME ARTICULAR NO QUADRIL



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

368 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000027/2018-86

DIREITO, QUE DO LÓCAL DO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADO PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI, ONDE O MESMO DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL, FOI ATENDIDO POR A MÉDICA PLANTONISTA DR.ª CAROLINA COELHO MELLO. CRM-PI 6480, FOI AVALIADO E ENCAMINHADO PARA INTERNAÇÃO E QUE NO DIA SEGUINTE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA-PI PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS. DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE. NADA MAIS.

Francisco das Chagas Raimundo Pereira Silva
Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109

ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Raimundo Pereira Silva
RAIMUNDO PEREIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Raimundo Penista da Silva

CPF da Vítima

184.721.843-15

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

A CORRETORA
DE SEGUROS

Unigran

Salvador Bahia 28 de Junho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ,CAMPO MAIOR - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P017
Data: 15/04/2018
Funcionario: CARLA

Registro: 703/0
Hora: 17:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 77

SUS

RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nasc.: 21/04/1958 Idade: 59 ANOS, 11 MESES, 21 Profissão:
End.: FRANCISCO PEREIRA, 0 CASA Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: (86) 9811-16636 Mãe: ALZIRA PEREIRA SILVA

CPF: - RG: 1.358.746 - SUS: 209241947010004

Civil: CASADO(A) CEP: 64275-000
Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ/PI
Pai: FIDELERINO LOPES DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clinica/Exame fisico:

Hora: ____:

Internação

Exames Complementares:

Paciente ~~ain~~ dor em ~~glúteos~~ D e esterno

Diagnóstico provável:

~~ain~~ dor em ~~glúteos~~ D - após acidente de moto
~~ain~~ dor em ~~esterno~~ e oligidrata

Prescrição Médica:

01 - Rx de ~~ain~~ dor em ~~glúteos~~ D, dor d ~~ain~~ dor em ~~glúteos~~ D

Clozapril 25mg - 1cp. vo agore

*Daniela Alves Leite
ENFERMEIRA
SOL 875 GOREN
Licitus
= SVB*

*Intervenção no clínica aringos plurais
clínico ped. str.*

Anotações da Classificação de Risco

*Abdome: plácido, placidez digestiva, urubebas e
palpáveis*

Hora: 17:34:12

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História: CLIENTE RELATANDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM ALGIA EM MID

Alergias: DIPIRONA, ANTIBIOTICO

Medicação Usual: LOSARTAN

PA: 0 mmHg *160/140* TAX: 0°c

FR: 0 rpm

SAT 02: 0 09 JUL 2018

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: HAS

EMERGÊNCIA

Conduta:

Manutenção de Efra.

288112 - EMANUELA DE OLIVEIRA SOUSA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Gestino:

Hora:

*Dr. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
6460 - CAROLINA COELHO MELLO
Médico Responsável*

Kamila Silveira da Silva

CAMILA RIBEIRO DA SILVA
Paciente ou Responsável

6460 - CAROLINA COELHO MELLO
Médico Responsável



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1305839-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro - Teresina - PI
CNPJ 06.840.749/0001-39 - CNPJ Estadual 19.381.382-5
Nº da Nota Fiscal / Conta de Energia Fornecida - Dívida R\$ 0,00
Regime especial da Imprensa autorizada para sacar e usar

Nº da Nota Fiscal 005524496

Águia Sônia de Energia Cláusulas - 18135 Encadada
pelo art. 4º 10.436 do 26 de abril de 2002.

CONTAS/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (LW/H)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	16/05/2018	88	75,92

JOSE DE HACEDO MORAES RESIDENCIAL HUMBERTO BONA
R. 21 05 QUADRA Z14 LOTE 05 B-URBANO

DETALHAMENTO DA CONTA		DADOS DA LEITURA	
DETALHAMENTO DA CONTA		ROT. 306.010.06.49.116600	Recal.
CEP:	64.220-000 - CAMPO MAIOR	Anterior:	09/05/2018
Mês:	11754	Próxima Leitura:	10/04/2018
Anterior:	11666	Equacion:	11/06/2018
Consumo Médio:	1.000	Apresentação:	08/05/2018
Consumo Refer. Up.:	88		
		FCAM	09/05/2018
Dados da Unidade Consumidora			
Classe/Subclasse:	NORMAL	Número Medidor:	29
		Posição:	Média 12 meses
DETALHAMENTO	MÊS	DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1.1
			252
ABR/18	332	CONSUMO 168 A R\$ 0,76755 = 67,12	
MAR/18	99	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,80	
FEV/18	119	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,25	
JAN/18	340		
DEZ/17	180		
NOV/17	241		
OUT/17	220		
SET/17	298		
AGO/17	282		
JUL/17	190		
TARIFA SEM DESCONTO:			
64.220-000 - 0,76755			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Nos/Ano
04/2018

Valor R\$
311,72

Unidades consumidoras sujeitas à suspensão ou fornecimento de
energia elétrica a partir de 24/05/2018, em função das contas
vencidas neste faturamento, não pagamento regular e anúncio, faltas
e inclusão do nome do consumidor no sistema. Informações
sobre atrasos, contas, vinculadas e já realizadas e/ou
valor de R\$ 30,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado
o pagamento fique desconsiderado este aviso.

Declaro que quito todos débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 055 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO PGCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
SF35.5496.5794.6A12.ABAB.2771.5905.BCB0		Base de Calculo:	
Distribuidor:		Alíquota ICMS:	
Energia:	14,81	Valor em ICMS:	67,12
Transmissão:	26,61	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,18	Valor do PIS:	14,76
Impostos:	4,24	Valor da COFINS:	0,59
	18,86	INDICADORES DE CONTINUIDADE:	2,73

7,27 14,53 29,06 3,86 7,73 15,45 4,14
0,00 0,00 0,00

03/2018 28,87

ROT: 306.010.06.49.116600

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

1305839-8

75,92

MÊS FATURADO

VELOCIMENTO

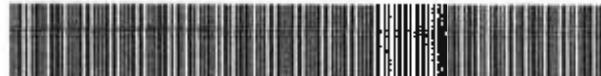
05/2018

16/05/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro - Teresina - PI
CNPJ 06.840.749/0001-39 - CNPJ Estadual 19.381.382-5

Nº da Nota Fiscal: 005524496 FCAM

83680000000 9 75920017000 0 00000001305 2 83980518008 1



PAGAMENTO ANTICIPADO
DE DESCONTOS

09 JUL 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aporte, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José de Macêdo Moreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943-60,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ramundo Pneus Siqueira, inscrito
no CPF sob o Nº 184.721.843-15, do sinistro de DPVAT cobertura Próxima de 3 da Vítima
Ramundo Pneus Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 184.721.843-15, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo,
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Fiz uso consciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	rua 21	Número	714	Complemento	.
Bairro	Mbaricá	Cidade	Campos M	Estado	CEP
Urb/rua				64280-000	Telefone celular (DDD)

Campos M 98 de maio 14 Jul 2018
Local e Data

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

09 JUL 2018

DPVAT

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edinaldo Rodrigues Lima,
RG nº 3.186.112, data de expedição 04/06/1997,
Órgão SSE/PB, portador do CPF nº 577.579.843-00, com
domicílio na cidade de Campo Maior, no Estado de
Piauí, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) Rua José Alves da Silva XVI, nº
303, complemento Parque das Estrelas, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:
Raimundo Pinho Oliva, cujo o
condutor era: Raimundo Pinho Oliva.

Veículo: Moto ciclota

Ano: 2017 / 2017

Modelo: YAMAHA / XTZ 150 CROSSER E

Placa: PIS - 2995

Chassi: 9G6D625J0H0011413

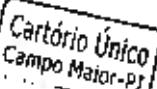
Data do Acidente: 15/04/2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Local e Data: Campo Maior; 03/07/2018

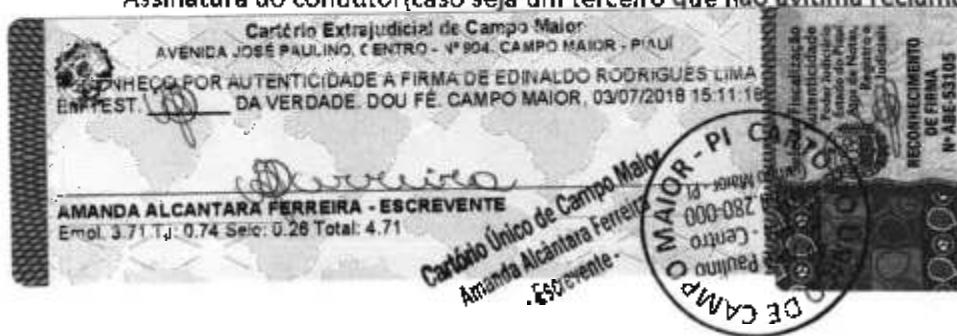


Edinaldo Rodrigues Lima

Assinatura do Declarante

ORIGINAL

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



Nº 6460
Nome: Carolina Godeleho Mello
Mae: Camila Ribeiro da Silva

Data:

01/07/2018

Ano:

2018

Mes:

07

Ano:

2018

Ano:

07

Ano:

SERVICO DE ARQUIVO MEDICO E ESTATISTICO - SAME
O HOSPITAL SO DEBORA COPIA DE PRONTUARIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR COPIAS NECESSARIAS
A SUA UTILIZACAO

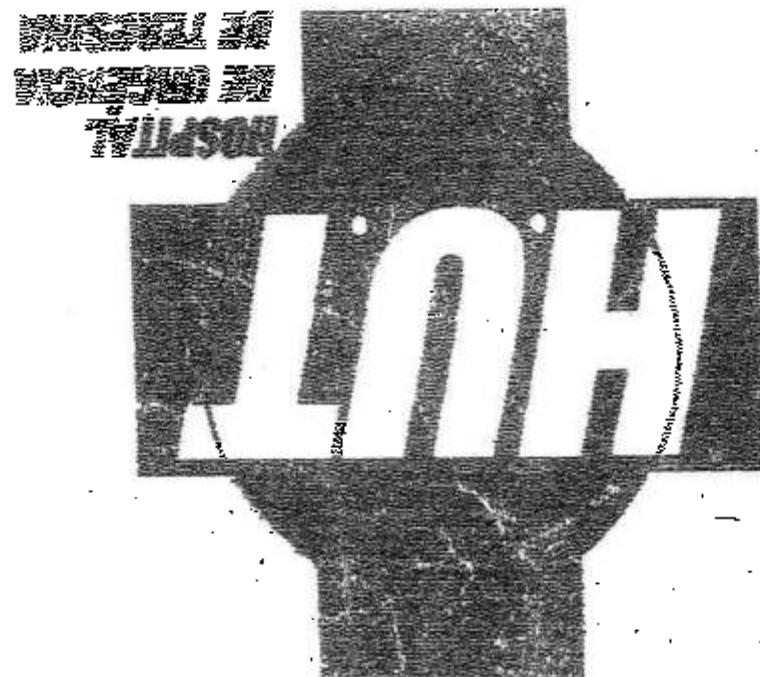
09 JUL 2018

DE REGISTRO

DE CONSULTA

DE CONSULTA

NUMERO DO PRONTUARIO: 309862



Les amis de la Révolution ont été victimes d'un
Assassinat ultra réactionnel ou révolutionnaire.

AUTORIZAÇÃO: 196351847	Nº DA REGULAGÃO: 22764	ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MUNIZ DE ALMEIDA - RUA LEITO, 01100-03000 BOM JESUS DO NORTE/PR	ESTABELECIMENTO REFERENCIAÇÃO: 582886 - HOSPITAL DE TRONCOCIA DE TERESINA PROFESSOR GENON BOCHIA - RUA PACIENTE: RAMUNDO PEREIRA DA SILVA NASCIMENTO: 24/04/1955
HISTÓRIA CLÍNICA:			
PROVAS DIAGNOSTICAS: FCTE VITMA DE ACCIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA DE QUADRIL COM CONSEQUENTES DIFERENCIAS ENTRE AS PERNAS; SEM CONSEQUENTES DIFERENCIAS ENTRE OS PÉS; RX- TRAGO DE RABO DE CAVALO A COMORBIDADES: DIAGNOSTICO(CD): ONTUSA DO QUADRIL			
EXAMES SOLICITADOS: COMORBIDADE: DIAGNOSTICO(CD): ONTUSA DO QUADRIL			
EXAMES SOLICITADOS: COMORBIDADE: DIAGNOSTICO(CD): ONTUSA DO QUADRIL			
EXAMES SOLICITADOS: COMORBIDADE: DIAGNOSTICO(CD): ONTUSA DO QUADRIL			
EXAMES SOLICITADOS: COMORBIDADE: DIAGNOSTICO(CD): ONTUSA DO QUADRIL			
USO DE DRUGAS VASODILATADAS: GLICEMIA: NIVEL DE CONSCIENCIA: USO DE OZI: PRESSAO ARTERIAL: FREQUENCIA CARDIACA: SATURAÇÃO: FREQUENCIA RESPIRATORIA: USO ANTIBIOTICOS: USO DE OUTRAS MEDICACOES:			
DATA: 16/04/2018 18:32:29			
MEDICO RESPONSÁVEL PELA ENCAMINHAMENTO / CARMO			

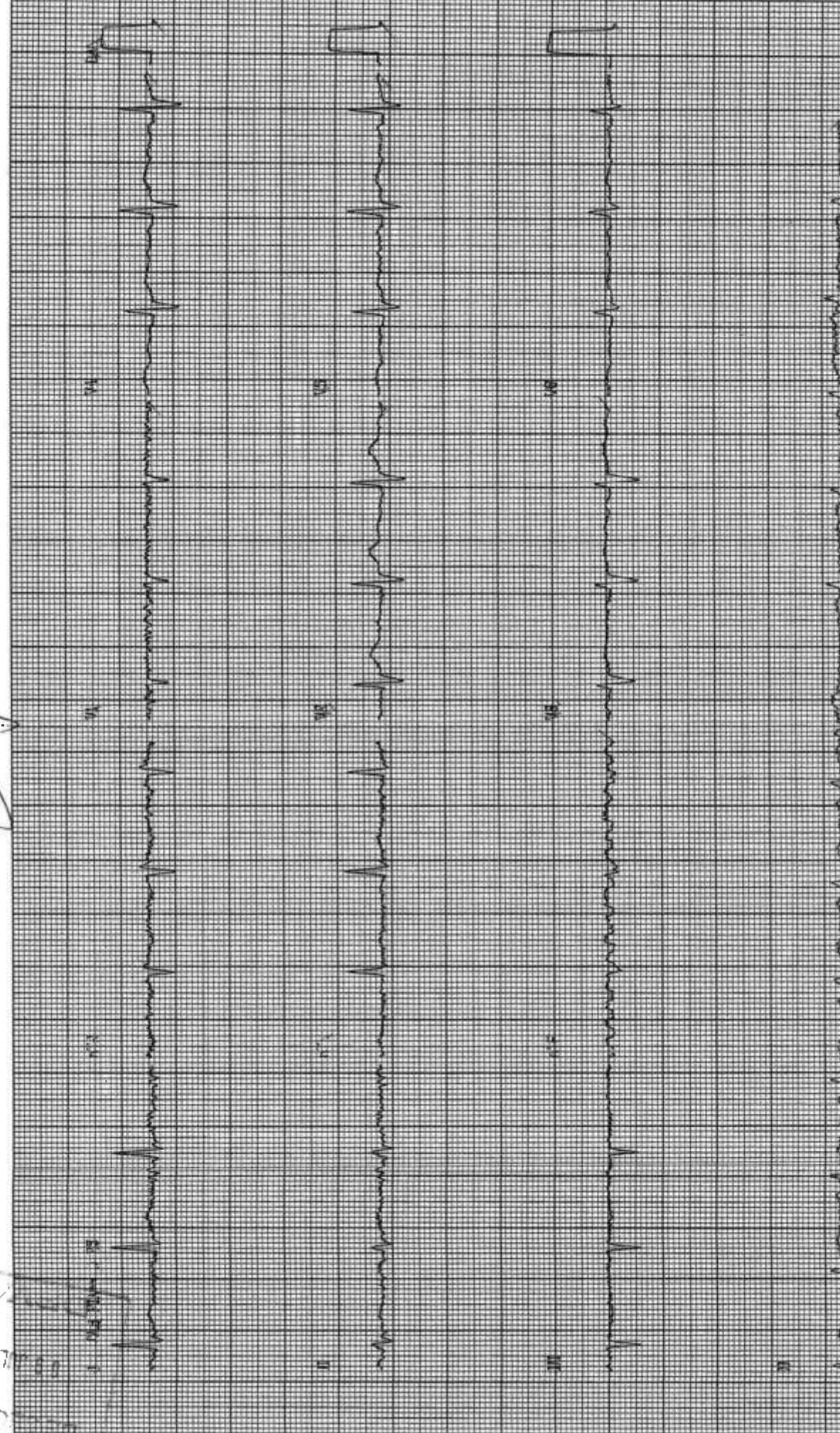
Ramón Pascua Silveira

1837

78.

June 1900

Cardiac
Pulse
Rate
100
per min



DETALHE DE ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		ESTABELECIMENTO DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
CARDA DO SUS		NOME DO PACIENTE	
NASCIMENTO		PRONTUÁRIO	
RESPOSTAVEL		NOME DA MÃE	
DOCUMENTO		TELEFONE	
21921947010004		BANDEIRANTE PROFESSOR ZENON ROCHA SILVA	
21921947010004		KAMILA RIBEIRO DA SILVA	
6988111666		ALIZA PEREIRA SILVA	
CEP		ENDERECO (LOGRADOURO)	
06300-000		QADRA 32 CASA 27	
BAIRRO		MUNICÍPIO	
CENTRO		COMPLEMENTO	
UF		TERRASNA	
PI		SELA VISTA	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICA DA MUDANÇA	
CODIGO		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA LUXACAO GOMOTOMORAL/FRACTURA DA RÍGIDEZ FEMORAL	
DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANCA		CD00000019	
CD000		TRATAMENTO DE TORNADILHOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICA DA MUDANÇA	
CD000		CD10 PRINCIPAL CD10 SECUNDARIO CD10 CLASAS ASSOCIADES	
DIAGNOSTICO INICIAL		FERIMENTOS DE OUTRAS PARTES E DAS MAO ESPECIFICADAS 5718	
DIAGNOSTICO		DA CINTURA PELVICA	
PROCEDIMENTO(S) ESPECIAIS		CONSEQUENTE VITIMA DE ACIDENTE RECENTE DE TRANSITO, APRESENTANDO FRACTURA EM ACEITAÚDO, VALIDADO PELO ORTOPEDISTA QUE OUTRO POR TIO	
JUSTIFICATIVA DA SOLICITACAO		NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
ASSINATURA E CARMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		NAME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
AUTORIZACAO		TITULO NOTORIETRA AREA LEIA	
CNIS SOLICITANTE		CNIS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZACAO	
DATA SOLICITACAO		02-05-2018	
AGENDE SAMPAIO C BRANCO MEDEMOS		980016000439493	
NAME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		ASSINATURA E CARMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
PROFESSIONAL SOLICITANTE		ASSINATURA E CARMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
CNIS SOLICITACAO		TITULO NOTORIETRA AREA LEIA	
AUTORIZACAO		NAME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
CNIS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZACAO		TITULO NOTORIETRA AREA LEIA	
02-05-2018		02-05-2018	
980016000439493		351560395290063	
4245/2018-1655-32		351560395290063	

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		2 - DADOS CLÍNICOS		3 - DADOS DA UNIDADE DE ATENDIMENTO	
RAIMUNDO PEREIRA SILVA 5 - Nome: RG: 226666 - SSP-PI 11-Mae: 209241947010004 12-Fone: 96-98111-6666 13-Resg: RAIMUNDO PEREIRA SILVA 14-COR: Sem Informação 15-Bnder: AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - CEP: 64275-000 16-Habitu: MULHER DO PIRIAT 17-Cod.IBGE: 220527 18-UF: PI 19-CEP: 64275-000 20 - Endereço: 21 - Condícios que justificam a internação: 22 - Principais resultados de exames realizados: 23 - Diagnósticos Intocáveis: 24 - Procedimento solicitado: 25 - Clínica: 26 - Caso de Internação: 27 - Procedimento solicitado: 28 - Acidente Traabalho tipico 29 - Acidente de Transito 30 - Cartera: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Soltto: 31 - Nome Profissional Soldado/Assistente: 32 - Pessoal Castello Branco MDPBROS 33 - Acidente de Trabalho tipico 34 - Pessoal Soldado/Agente: 35 - Vinculo com a Prevideencia: 36 - () Acidente de Trabalho tipico 37 - () Acidente de Transito 38 - () Acidente Traabalho tipico 39 - CNPJ Seguradora: 40 - Número: 41 - Endereço: 42 - CNPJ Empresario: 43 - Nome Empresario: 44 - CBO: 45 - Vinculo com a Prevideencia: 46 - Nome do Trabalhador autorizado: 47 - Documento: 48 - Documento: 49 - Nro. Documento: 50 - Assinatura Padrão ou Responsável: 51 - Assinatura Padrão ou Responsável: 52 - Contato: 660450 53 - Contato: 3031 54 - Contato: 17042018001547					
<p align="center">LAVADO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAGAO HOSPITALAR</p> <p>Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AITH)</p> <p align="center">HUT</p> <p align="center">SAS</p> <p align="center">FMS</p>					



JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
GÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPF
LDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
GÊNCIA DE TERESINA - HUT

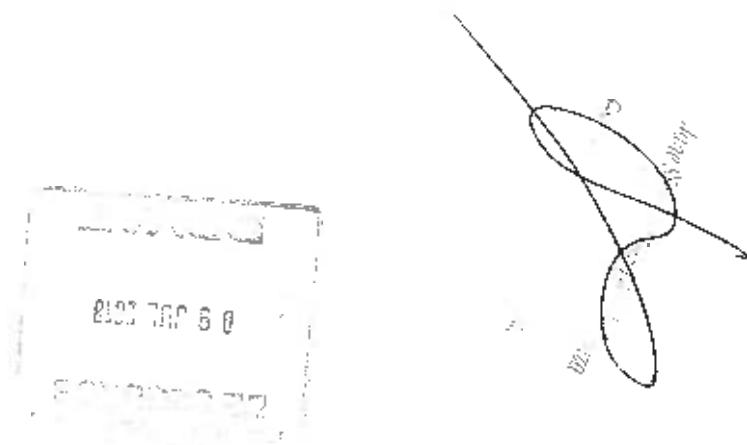
HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. do APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALÉRGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
Raimundo Pereira Silveira <i>Almeida Lígia</i>						
DATA:	16/04/18	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA:	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
		Lidocaína 10mg EV 1x dia		0h. Verificando 120x40, P=72, TAx = 36°C.		
		Ticlopidina 100mg VO 1x dia				
		SEB 9% 500ml EV 1x dia				
		Tilotil 20 mg EV 1x dia				
		Taquid 100mg + 100mg SE 0,9%				
		EV 8g dia				
		Kamtilidina 50 mg EV 8g dia				
		Cloxacine 20 mg S.C. 1x dia	(N)			
		CC 66				
<i>Assinatura do Médico</i> <i>Assinatura do Enfermeiro</i> <i>Assinatura do Fisioterapeuta</i> <i>Assinatura da Psicóloga</i> <i>Assinatura da Terapeuta Ocupacional</i> <i>Assinatura da Enfermeira de Apoio</i>						



OSVALDO SOARES DE CARVALHO JÚNIOR

TERESINA - PI 16/04/2018

(JOÃO ANTONIO)

CPF 696 958 303-15 CRM-PI 3090

Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATOBÁ DO PIAUÍ - PI CEP: 64275-000

Nascimento: 24/04/1958 Idade: 59/11M22 Sexo: Masculino Orgem: URGENCIA/EMERG Atenção: 660453

Exame realizado através de agulhamento helicoidal e reconstituição com 3mm de espessura e 3mm de incisamento, evidenciando

T.C. DE BACIA

Data Exame: 16/04/2018

Cod. SIA: 02606030037

RELATO:

Paciente: RAMUNDO PEREIRA SILVA (Fronteira: 309862) Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATOBÁ DO PIAUÍ - PI CEP: 64275-000 Nascimento: 24/04/1958 Idade: 59/11M22 Sexo: Masculino Orgem: URGENCIA/EMERG Atenção: 660453 Requisição: 830258 Soliciatado: 16/04/2018 Solicitante: AGNELDO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEROS Controle: 1027038 Convênio: SUS

LAUDO MEDICO

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
RUA DRI. OTÉLIO LIMA 3333 - BARRAGÃO - FONE: 66 3228 3459
TERESINA-PI CEP: 64217-002 CNPJ: 03.622.191/0022-02



CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Responsible record keeper

TERESINA - PI 14/06/2018

(IRANDI SILVA)

- Fratura antiga consolidada na tíbia distal fixada com placas e parafusos metálicos.

- Aumento de volume de partes moles.

Os seguintes aspectos observados:

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado na incidência em pa/pé frei.

TORNOZELO DIREITO

Data Exame: 16/04/2018

Cad. SIA: 0204060087

RELATÓRIO:

Nome:	RAMUNDO PEREIRA SILVA (Protótipo: 309866)	Nascimento:	24/04/1958	Sexo:	Masculino	Endereço:	AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATOBÁ DO PIAUÍ - PI CEP: 64275-000
Requisitante:	230258	Solicitação:	16/04/2018	Solicitante:	FABIO MARCOS DE SOUSA	Comitê:	1027027 Convênio: S U S
Observações:							

LAUDO MÉDICO

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA-HUT
Rua Dr. Octavio Tito 1820 Bairro: São José 06210-540
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CRM: 06.522.927/0022-00



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Rosane



NOME DO PACIENTE
Raimundo Júnior

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

HTA **de fato / HT** **ISSe**

DATA: 12/04/17 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA:

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

Edilene Nogueira
NUTRICIONISTA
CRM: 3746

PRONTUÁRIO
309862

D. NASCIMENTO

CLÍNICA

ENR. ou APT.

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE:

① Dente H1 H4

11:30) admitido neste s-
tor, procedente do Posto 01

intuito da caduta de moto
com fratura de costela

com fratura de costela

polônico, supraco. Desconhece
algum medicamento e

comorbidades, diag. alguma
a suposição. Subidamente
hipertensão, passou de ver-

tar, fadiga, dor de cabeça e
na face.

P/ d. d. suspeita de C6

23:00 PA: 110 x 70mmHg P: 81 bpm

Passo II: P/ d. d.

- Cér. clínica urgente.

MÉDICO/CRM: José Neto
Jaqueline de Souza
CRM: 3746

José Neto CRM: 3746
Jaqueline de Souza CRM: 3746

ASS. MEDICO ESPECIALISTA

DATA
14/04/2011

Dr. Antonio Vieira de Jesus
 Cardiologista
 CRM: 2135 - PI

Procedimento ortopédico

BALANÇO MÉDICO

$\Delta A = (40) - (40)$

A = NADA ou ZERO

H15 em 100 milímetros

PARCER

ASS. MEDICO CONSULTANTE

TJ 264

DATA

DATA

09 JUL 2018

ASS. MEDICO CONSULTANTE

DATA

Plano suspenso

MOTIVO DA CONSULTA

22/04/2018	LETRÔ	eczema de face	A CLINICA
		acumulação de pus na face	DA CLINICA

REQUISICAO DE PARCER



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE



JOSÉ GREGÓRIO XIMENES

Clinica Médica
Ortopedia
CRM-PI 862



RELAÇÃO

Em 16.4.2018, o Sr. Fernando
Pedroso Silva, RG = 226666 SS P
(PI) segundo informa, sofreu
acidente automobilístico com
fratura de reentrância de acetá-
bulos e dis. C (D) = S32.4.

Festramento conservador e
fixoterápico (30 sessões)

Encontra-se do alta ortope-
dica, referindo dor no que-
dir das articulações, A-
presenta limitação dos muvi-
mentos do quadril + 70%. De-
screve dor estíntia de
morte.

C.MAFOR, 030.7.2018

Dr. Ximenes
José Gregorio Ximenes

Av. Santo Antônio, 253
Médico CRM - PI 862
Ortopedia e Traumatologia
Campo Maior - PI

Fone:(86)3252-1713
8163-0019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 AGO 2018

DPVAT



PG CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSÉ DE MACHADO MORAES

DOC. EMISSOR/FOTO EMISSOR	2704200 SED PI
CPF	048.056.943-60
DATA EMISSÃO 12/04/1990	
PÁSCO ANTONIO FRANCISCO	
MORAES	
ANA CELIA DE MACHADO	
MORAES	
SEXO	MASCULINO
ESTADO	PI
DATA DE Nascimento	20/06/2020
PERÍODO DE VIGÊNCIA	26/07/2010



0390340911

20/06/2020

26/07/2010

S. TERRITÓRIO NACIONAL

1087240743

INSCRIÇÃO

José de Machado Moraes

ASSINATURA DO TITULAR	
LICEN	DATA EMISSÃO
CAMPOM MATOR	26/06/2010
<i>[Signature]</i>	
DETTRAN PI (PRAH)	

ASSINATURA DO TITULAR

DATA EMISSÃO
26/06/2010

LICEN

CAMPOM MATOR

[Signature]

DETTRAN PI (PRAH)

MINISTÉRIO DA CIDADANIA

1087240743

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Screenshot of a web browser showing a legal document from the Poder Judiciário (Poder Judiciário) system. The document is a Petição (Petition) regarding a claim against a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. The petition is dated 29 Nov 2019 and is addressed to the Exmo. Sr. Dr. Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca de Campo Maior/PI.

Poder Judiciário ProOrd 0801694-85.2018.8.18.0026

RAIMUNDO PEREIRA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

7414614 - Petição (2560744 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 29/11/2019 16:51:45

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

- 7414613 - Petição
 - 7414614 - Petição (2560744 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01)
 - 7414616 - Comprovante (Anexo 01)

29 Nov 2019

7383488 - ALVARÁ

22 Nov 2019

ATO ORDINATÓRIO PRATICADO

- 7295447 - Ato Ordinatório

28 Nov 2019

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADO E ASSOCIADO—

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08016948520188180026

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 **RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juizo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.E., em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

PT 16:52 29/11/2019