

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO PEREIRA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000014979-1

Nr. da Autenticação 43A0850ACCE4BA50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190454304 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO PEREIRA LEITE **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML Nº: 119689

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

DUY



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

012302477237
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 106742652 2018

NOME
BRUNO PEREIRA LEITE

CPF/CNPJ 06629080319 PLACA PIL-0768
PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KC2210GR006B45

ESPECIL ESP COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA ALCOL/GASOL

HONDA / 1600 TITAN EX

00PP/1A PART

IPVA FAIXA 1 PARCELAMENTO 12x100

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 106 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) 106
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS N

DATA 18/6/2016

**LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO****Identificação do Laudo:**

Pag: 1 de 1

Código: 119689	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 04/07/2019	Remeter para: O mesmo (a)	Data Exame: 11/07/2019	Hora Exame: 11:47
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 11/07/2019 11:47:31	

Identificação do Periciando:

Código: 98936	Nome: BRUNO PEREIRA LEITE	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARDA
Dt. Cadastro: 04/07/2019	Endereço: QD- 18 CS- 31 PLANALTO URUGUAI - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI		
Mãe: SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA	Pai: RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO LEITE		
CPF:	RG: 3645976-35P.PI	Registro Nascimento:	
Profissão: MOTORISTA	Nascimento: 19/08/1986	Idade(anos): 32	Sexo: M
		Estado Civil: Solteiro(a)	

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando informa ter sofrido acidente de trânsito com motocicleta no dia 10/11/2018, em Teresina - PI; tendo fratura de punho direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico no HUT. **DESCRIÇÃO:** Periciando alo e autopsiquicamente orientado apresentando cicatrizes hipertróficas em punho direito, tendo a maior delas 1 cm de extensão, e com uma limitação funcional de 40% dos arcos de movimentos de punho direito. Periciando possui o prontuário médico que demonstra o procedimento cirúrgico realizado, bem como os dias de internação hospitalar (vide documentação em anexo). **CONCLUSÃO:** Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produz limitação permanente de arcos de movimentos de punho direito em 40%. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: SIM. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: SIM. Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produz limitação permanente de arcos de movimentos de punho direito em 40%. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente Laudo do IML - Lesões corporais, vai devidamente assinado. /////

Laudo do IML - Lesões corporais



REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA
Perito Médico-Legista - CRM 5221 - PI

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO, que a presente cópia confere com a original. O referido é verdade e dou fé
Teresina-PI, 22/07/2019
Servidor Administrativo
Matricula:
CPF:

Imunidade de Rito
Mat: 009342-4

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190454304

Vítima: BRUNO PEREIRA LEITE

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO PEREIRA LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	066 290 803-19	BRUNO PEREIRA LEITE	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
BRUNO PEREIRA LEITE		066 290 803 19	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTÔNOMO	Q 18 C 31	31	PL URUGUAI
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
VALE QUEM FEM	TERESINA	PIAUÍ	64057 435
E-mail:	Tel. (DDD):		
BRUNO PEREIRA 13 @ GMAIL.COM	066 99520020 11		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3808 CONTA: 14979 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: TERESINA-PI, 22/07/2019

Nome: BRUNO PEREIRA LEITE

CPF: 066 290 803-19

BRUNO PEREIRA LEITE

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

BRUNO PEREIRA LEITE

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: THIAGO BRUNO V. COSTA

CPF: 013.870.693-06

Assinatura

2ª | Nome: EUCLIDES GOMES DE ARAUJO

CPF: 049.872.773-50

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA

4392 6717 9895 3911

J/F92

BRUNO PEREIRA LEITE

3808 013 00014979-1

10/24

VISA

Electron

UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 23/11/2018 11:36:39
 (User: DR. ANTONIO NUNES)
 (Estação: PRONTUÁRIO-PC)

Nome: BRUNO PEREIRA LEITE		Prontuário: 130063	
Mãe: SILVANA PEREIRA DE OLIVEIRA	Pai: RAINUNDO NONATO DO NASCIMENTO LEITE		
End. Resid.: QD 18 CASA 31 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 19/08/1996	Idade: 22a2m22d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99520-2011
Responsável: O MESMO	CNS: 898004077704458		
Profissão:	Documento: CPF: 066.290.803-19		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 301729	Entrada: 10/11/2018 11:36:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Comprovação de ato declaratório

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: REFERE ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 H. REFERE DOR EM MÃO D.		RHUANNA BARBARA QUEIROZ DE SOUSA COREN PI 264014 Em: 10/11/2018 11:39:32

SEVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO HA 30 MIN	CNPJ: 05.522.917/0035-19 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí Confere Com o Original Inamat 19/12/18
---	---

Diagnóstico Principal: Fratura do osso navicular [escafoide] da mão	CTN: 8620
--	--------------

Exames Complementares: RX FRATURA DE ESCAFOIDE

Prescrição Médica: GESSO AXILO PALMAR NIMESOLIDA ATESTADO AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO
--

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Exames	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____
---	----------------------	----------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO NUNES MARTINS JUNIOR
 CRM 3520 PI Em: 10/11/2018 12:07:13



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Bruno Pereira Roiete

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 495497

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".