

Browser tabs: Email - Reinaldo, Zimbra: Entrada, Combine arquivos, Controle de documentos, Audiências, PJE: Consulta processo, PJE 0832831-97.2019.8.18.0140, PJE 0802726-06.2019.8.18.0140.

Address bar: tjpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=374801&ca=72ef4f6ffa5d50b3a2f62af9a6a0953e18...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações.

Header: ProOrd 0832831-97.2019.8.18.0140, DANIEL NASCIMENTO SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

Breadcrumb: 8727302 - CONTESTAÇÃO (2699882 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)

Subheader: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/03/2020 14:47:50

Left sidebar:

- 09 Mar 2020
- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 8727299 - CONTESTAÇÃO
- 8727302 - CONTESTAÇÃO (2699882 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
- 8727305 - Documentos (2699882 CONTESTACAO PROTOCOLADA Anexo 02)
- 8727311 - Documentos (Anexo 03 sub autos procuracao compressed)
- 8727312 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTOS)
- 8727313 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)
- 10 Feb 2020
- EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS
- 8423900 - Citação
- 08 Jan 2020

Main content area:

downloadBinario.seam 1 / 11

2699882 - CJ/2020-00845/ A CLASSIFICAR

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08328319720198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro"

Taskbar: Windows icons, System tray: PT, 14:48, 09/03/2020.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08328319720198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL NASCIMENTO SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 13/09/2019.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 13/09/2019 após NOVE MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 26/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, conforme laudo abaixo:

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581778 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA Data do acidente: 26/12/2018 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA CERVICAL SEGMENTO C6.
 FRATURA DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÁLUX: DEBRIDAMENTO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
 ALTA MÉDICA.
 (P6,7,10)
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.
 Sequelas: Com seqüela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento
 faltante:
 Apontamento do Laudo
 do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.
 sequelas:
 Documentos
 complementares:
 Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000104784-0

Nr. da Autenticação B2C0A0021BFFA053

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 27 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DANIEL NASCIMENTO SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08328319720198180140.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ: 27.375.478/0001-06 - L2 195065376
Av. Prof. Cavaleiro Filho, 1960, Jardim os Santos - CEP 64009-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98224-3199

TC 1.38
20190921:0543g

MATÉRIA

13428373-2

FATURA Nº

152754637

MÊS/ANO

9/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CASRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO

001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
06/2019	Lido	01	1,0
07/2019	Lido	01	1,0
08/2019	Lido	02	1,0
09/2019	Lido	03	1,0
04/2019	Lido	06	1,0
03/2019	Lido	07	1,0

FLORÊNCIAS - CATEGORIAS / TIPO TAXA

1 Residencial - Normal

DATA LITURA
ANTERIOR 02/08/2019 147
ATUAL 02/09/2019 149

CONSUMO MÊS/M3

10

Litragem

RES. PROEP 30,66 L - 66% = 8,96

COMPS 50,66 L - 60% = 4,45

TABELA DE TAXAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E M3
0	18 3,0668 64
18	25 5,7128 88
25	99999 9,8510 00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,25
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,27
JUROS POR ATRASO	08/2019	0,27
MULTA POR ATRASO	07/2019	0,02
MULTA POR ATRASO	07/2019	1,03
MULTA POR ATRASO	08/2019	1,10

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (M)

VENCIMENTO

14/09/2019

TOTAL PAGAR

58,66

PROBLEMAS/ANORMALIDADES

MENSAGEM

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO 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 DEPENDÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Márcio Vital de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 590071253 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Daniel Nascimento Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 048714523 / 28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Daniel Nascimento Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 048714523 / 28, 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. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teusina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64000235</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 98848-6923</u>

Local e Data: Teusina, 11/10/2019

Márcio Vital de Souza

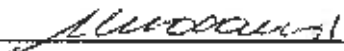
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **26/12/2018** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Daniel Nascimento Silva**, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido para o Hospital de Urgência de Teresina – HUT.

Ressalvamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha, registrando o nome Daniel Nascimento ao invés de Daniel Nascimento Silva.

Teresina, 25 de Fevereiro de 2019.



Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa
SAMU



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU

Versão: 27.11.2011



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Daniel Nascimento

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 498 130

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".

DECLARAÇÃO

PROCESSO:045.06672/2019

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 26/12/2018 do (a) paciente **DANIEL NASCIMENTO SILVA** o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome:onde consta DANIEL NASCIMENTO para **DANIEL NASCIMENTO SILVA**

2-End.Resid: onde consta NAO INFORMADO – MUNIC. DE TERESINA – TERESINA – PI para **QUADRA H. 25, BAIRRO: PARQUE FIRMINO FILHO- TERESINA – PI.**

3-Mãe:onde consta NÃO INFORMADO para **RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA**

4-Pai: onde consta NÃO INFORMADO para **DAMIÃO MENDES DA SILVA**

5-Nascimento: onde consta 01/01/1993 para **25/09/1991**


Teresina, 11 de março de 2019
Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

mensagem
C. Geral
Antepesado

Imp: 26/12/2018 14:31:53
(User: CA. GILBERTO)
(Estação: TRAUMA)

UHE
27/12/18

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: DANIEL NASCIMENTO		Prontuário: 498130
Mãe: NAO INFORMADO	Pai:	
End.Resid.: NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 01/01/1993	Idade: 25a11m29d	Sexo: Masculino Fone: 96-99976-0073
Responsável: NAIDES	CNS:	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700058	Entrada: 26/12/2018 14:20:06	Convênio: S O S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NÁ 0:40 MINUTOS, AGITADO, PREJUDICANDO O EXAME FÍSICO (SINAIS DE INGESTÃO ALCOOLICA), NÃO COOPERATIVO. SE SINAIS DE EPISTAXE, OTORRAGIA, VÔMITOS.

A) VIAS AEREAS PERVEAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

B) MV + BT, SEM RA.

C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, Pelve Estável

D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS.

E) HEMATOMA EM REGIÃO OCCIPITAL

Diagnóstico Inicial:	CID:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares:

(1125310) - T.C. DE CRÂNIO

(1125311) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

Prescrição Médica:

EXAME: L19400 + L20000

DATA: 26/12/2018 14:54

Assinatura: [Assinatura]

Dr. Mauro Alves Gonçalves
CRM: 5198 / CRM-MA 8596

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto): DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO
CRM: Em: 26/12/2018 14:31:52



No. da Autorização de Internação Hospitalar: 164252

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**229803****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **IGNORADO**

6 - Prontuário: 498130

7-CNS:

8-Nascimento: 01/01/1993

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: **NAO INFORMADO**

12-Fone: 86-99976-0073

13-Resp: **NAIDES**14-Cor: **Sem Informação**15-Ende: **NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - CEP: 64069-990**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IGBE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em pé D + ferimento em hálux D.

21 - Condições que justificam a internação:

cto cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

exame físico + rx

23-Diagnóstico Inicial:

Informação Posterior)

5913

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0413040178

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

762.451.793-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

34-Data Solicitação:

26/12/2018**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-CNPJ Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNES () CPPE

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

AUDITOR**160119**
Marcos Martins S. Moura
Médico Autor - FMS - Teresina
1702639512/001
Reg. Estadual

02/01/2019 13:29:21

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 164252
	AIH: 2218102661544
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HCT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HCT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE IGNORADO	NASCIMENTO 01/01/1990	SEXO M	PRONTUÁRIO 495130
DOCUMENTO	CPF 86999760073	NOME DA MÃE IGNORADO	RESPONSÁVEL NADPS	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO AVENIDA MARANHÃO	NÚMERO / LOTE 50		UF PI
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA + FRATURA EXPOSTA EM PE D - FERIMENTO EM HALUX D.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ITO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S913 - FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CALSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413940178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) L'AUDIO ALRELIO NOGUEIRA DOS SANTOS CPF: 76243179309 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/12/2018
DATA ADMISSÃO 26/12/2018 14:20	DATA ALTA 29/12/2018 11:22
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOH	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CYLSO PIRES FERREIRA FILHO CPF: 76256853791 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANÁLISE: 07/01/2019 20:31:33 CPF:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 26/12/18

NOME DO PACIENTE: Daniel Nascimento	PRONTUÁRIO Nº: 49
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: Frot. epote
ANESTESIA: Raqui	Nº DA SALA: 09
CIRURGIÃO: Claudio	CPF Nº:
AUXILIAR: Andre	CPF Nº:
ANESTESISTA: Denix	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Cristiane	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 10	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	unid	03		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL							
PROLENE							



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Daniel Nascimento*
Diagnóstico pré-operatório *Fratura exposta húmero D (Desencalcamento)*
Operação - Tipo *LM*
Cirurgião *Dr. Claudio Nogueira* CRM - PI. 3321 / Traumatologia
1º Assistente
2º Assistente *Dr. Claudio* CRM - MA. 9337
3º Assistente
Instrumentador(a) *Eustiane* Anestesista *Raquel* Anestesia *Denise*
Anestésico(a)
Data da Operação *26/12/18* Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

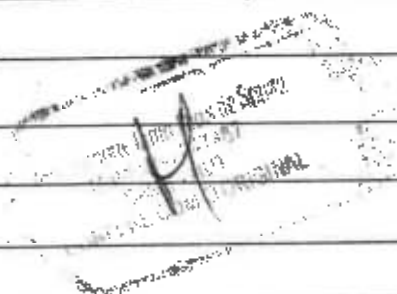
Acidente Durante a Operação

*Obs: Risco de Necrose
Percurso de drenagem*

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① P.I. - DDH sob anestesia
- ② Anestesia + Antimicrobianos + lavagem extensa
- ③ LMC abundante - 3F0,9H.
- ④ Oclusão de descalcamento e húmero
hútero condromatose
- ⑤ Sutura + Curativo

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PI. 3321 / CRM - MA. 9337
3801 12681



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO		498130	01/01/1993	25	Ortopédica	235	247	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 26/12/2018	FRAT. HÁLUX D						09:40 - Paciente de al- ta hospitalar	
29/12/18							ferre	
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12h SN							
6	Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs							
7	Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h							
8	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3435-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Samill Naximento</i>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>26.12.18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASA I</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO C						
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE GÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

ENF. OU AP LEITO

~~235~~ 235 / 247

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

NOME DO PACIENTE

DANIEL NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

498130

DATA NASC

01/01/1993

IDADE

25

CLÍNICA

Ortopédica

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI: 26/12/2018

FRAT. HÁLUX D

28/12/18

Agenda médica de F.O.

1 Dieta oral livre

Visto Nutricionista
Ediana Nogueira CRN/PI 3716

2 Gelco salinizado

3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

4 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

5 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N

6 Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h

7 Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs

8 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

9 clexane 40mg 1amp SC 1XDIA

10 Cuidados gerais e sinais vitais

Dr. Yuri Jivago Félix
Ortopedista/Traumatologista
CRM-MA: 3637

Dr. Glordeno Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM3415-TEOT10029 / CRMP12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO		498130	01/01/1993	25	Ortopédica	239	EXT 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 26/12/2018	FRAT. HÁLUX D							
27/12/18								
1	Dieta oral livre	Visto e Prescritor Ediana Nogueira CRN 101.111						
2	Jeico salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					24h 06h		38.00 sinais vitais PA 36°C PA 9x5
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN					24h 06h		24:00 PA 100x60mmHg P=80 bpm 95 mm
5	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
6	Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h					22h 06h		
7	Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs					24h		
8	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs					22h 06h		
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
10	Cuidados gerais e sinais vitais					24h		
Dr. Glordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415-FE0110029 / CRM12308 / CRM3766-TE0111305 / CRM3367								



Fundação Municipal de Saúde



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO	498130	Ortopédica	239	Extra	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES / ALERGIAS		
	# EXPOSTA MID		23:20	Paciente admitido procedente da RPA em POL/MC de fratura exposta de hálux D, consciente, orientado, fásico. Desconhece alergia a medicamentos e comorbidades.	
26/12/18					
1	Dieta oral ZERO				
2	SF 0,9% 1000 ml EV ABERTO				
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h				
5	Tenoxicam 20mg dil EV 12/12h				
6	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h				
7	Cefalotina 1g dil EV 6/6h				
8	CUIDADOS GERAIS E DE HIGIENE				
AO CENTRO CIRÚRGICO II APÓS LIBERAÇÃO CLÍNICA E CIRURGIA					
	Pos Op				
	Clindamicina 600mg 2 + 600mg 2 EV 6/6h				
	Ciprofloxacina 500mg 2 EV 12/12h				
	Unidades de dióxido de titânio por cirurgia ortopédica				
	As 16h50 - Cirurgia Genu				
	CD: 1) Sem conduta de cirurgia genu				



16:35
16:35
24 06
24

Dr. Carlo Paz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-MA: 3054

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 9552

24 06
24

Dr. [Signature]
Médico Ortopedista
CRM-MA: 11504

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Daniel Nascimento Silva IDADE 36 anos DATA 26 / 12 / 2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 (hs) 10 (min) TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL (X) SEDACÃO
 CIRURGIÃO Dr. D. de M. de S.

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106/68 mmHg</u>	<u>107/62</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>97 bpm</u>	<u>68</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elisângela</u>	<u>maia</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROVLIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 ☒	2 ☒
	Movimenta dois membros	1 ☒	1 ☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 ☒	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 ☒	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2 ☒	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ambiente	2 ☒	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL		09
ESCALA DE DOR ALTA	ASS.		maia

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE
ml	ml	ml	ml		
ml	ml	ml	ml		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
20:10 - Paciente chega na RPA no PC1 de LMC de náusea D, consolida, respiração espontânea, boa sputa, hemodinamicamente estável, em HU, sem queixas, novo

ASSINATURA DO ENFERMEIRO: [Assinatura]
 ASSINATURA DO MÉDICO: [Assinatura]
 DATA: 26 / 12 / 2018

RECUPERAÇÃO MÉDICA: [Assinatura]
 HORÁRIO: [Assinatura]

ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO (X) SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()
 QSTO: () () () () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEU () GERAL () () QUÊM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tello 1820 - Adolpho - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IGNORADO (Prontuário: 498130)**
Endereço: **NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI CEP: 64069-990**
Nascimento: **01/01/1993** Idade: **25a11m25d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento:
Requisição: **905123** Solicitação: **26/12/2018** Solicitante: **ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO**
Controle: **1125311** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 26/12/2018

T.C. DE COLUMA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- FRATURAS COMPLETAS LOCALIZADAS NA LÂMINA DIREITA DE C6, BEM COMO NAS FACETAS ARTICULARES CONTÍGUAS DE C6 E C7 DESTE LADO.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.
- PARTES MOLES PARAVERTEBRAIS EUTRÓFICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/12/2018

RAPHAEL VÉLOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



1269545

Daniel Nascimento Silva

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.010.994

DATA DE
EXPIRAÇÃO

13/07/17

NOME

DANIEL NASCIMENTO SILVA

FILIAÇÃO

RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA
DAMIÃO MENDES DA SILVA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

25/09/1991

DOC. ORIGEM

CERT.NASC. 52741 L A68 F 96V
EXP TERESINA-PI 11/02/92

1269545

Phidocirio de Jesus Christo Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

048.714.523-28

Nome

DANIEL NASCIMENTO SILVA

Nascimento

25/09/1991

CÓDIGO DE CONTROLE

E528.A27E.F755.7B37



~~Emitido pela~~ Secretaria da Receita Federal do Brasil
~~de 15/05/28~~ do dia 25/07/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Marcia Vital de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.350.007 DATA DE EMISSÃO 29/01/11

NOME MÂRCIA VITAL DE LIMA

PAI MÂRCIA VITAL DE LIMA

MATRICULA NEUSA MARIA VITAL DE LIMA

NOME DO PAI MANOEL BEZERRA DE LIMA DATA DE NASCIMENTO 12/02/1972

CERT. CASAM. 20633-L 578-F 213

CEP TERESINA-PI 04/06/08

TELEFONO-PI 590.071.253-20

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014208649034 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

DETRAN - PI		Nº 014208649034	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA- 00505533642	DOB. FENAVAM 00505533642	RUA/R.C. 019	EXERCÍCIO 019
NOME R C FARIAS E SILVA		PLACA 00E-1031	
CPF / CNJ 10984576000124		QUASSI 9AC2JC4130DR003745	
PLACA ANT. UF -		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
EFECTIVO / TIPO CAR/MOTOCICLE/MINIUMA		ANO FAB. / ANO MOD. 2012 / 2013	
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 CARO KS		CATEGORIA PARTICU	
CAP / POT / CL 001P/0124CC		COR PREDOMINANTE BRANCA	
COTA UNICA -	VENC. COTA UNICA -	VENC. COTA AN -	VENC. COTA AN -
P 1º	V 2º	A 3º	PAGO
FAVIA LPIVA -		PARCELAMENTO / COTAS -	
PRELIMIO TAREFARIO (R\$) 000,00		PRELIMIO TOTAL (R\$) 000,00	
SEGURO FIANCO -		DATA DE PAGAMENTO -	
OBSERVAÇÕES DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 0014208649034 DATA 00/06/2013			

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	23/08/2019
1	10984576000194
RENAVAM	OFF / CNPJ
00505533642	000,00
ANO FAB.	DELINE
2012	09
MARCA / MODELO	PLACA
HONDA/CG 125 CARGO RS	00E-1031
PRÊMIO TARIFARIO	PRÊMIO DE SEGURO (R\$)
000,00 (R\$)	000,00
CUSTO DO BOMBEIO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	084,58
DATA DE OUTRUGA	
31/01/2019	

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.240.000/0001-04

1942-1943 204-8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581778 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA CERVICAL SEGMENTO C6.
FRATURA DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÁLUX: DEBRIDAMENTO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.
(P6,7,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581778 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA CERVICAL SEGMENTO C6.
FRATURA DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÁLUX: DEBRIDAMENTO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.
(P6,7,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Daniel Nascimento Silva
RG: 3.010.994 Órgão Emissor: SSP/PI CPF: 048.714.523-28
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Téc. de Instalação
Endereço: Rua 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-235 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: Márcia Vital de Lima
RG: 2.350.007 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 590.071.263-20
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Pedagoga
Endereço: Rua 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-235 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98848-8923 (86) 99830-7746 (86) 99945-5966

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Daniel Nascimento Silva
CPF: 048.714.523-28 Data do Acidente: 26/11/2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Teresina 09 de Outubro de 2019
Local e data

Daniel Nascimento Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356071/19

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

CPF: 048.714.523-28

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/12/2018

Titular do CPF: DANIEL NASCIMENTO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCIA VITAL DE LIMA : 590.071.253-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DANIEL NASCIMENTO SILVA : 048.714.523-28

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: 14/10/2019
Nome: MARCIA VITAL DE LIMA
CPF: 590.071.253-20

MARCIA VITAL DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581778

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL NASCIMENTO SILVA

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581778

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL NASCIMENTO SILVA

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: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 00000104784-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048714523-28 4 - Nome completo da vítima: Daniel Nascimento Silva

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

5 - Nome completo: Daniel Nascimento Silva 6 - CPF: 048714523-28
7 - Profissão: Tec. Instalações 8 - Endereço: Qd - H 9 - Número: 25 10 - Complemento: Pq Firmino Filho
11 - Bairro: Santa Maria da Codipa 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-377
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 104784 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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 aqueles 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 11/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Daniel Nascimento Silva 42 - Assinatura do Procurador (se houver) Márcio Vital de Sousa





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003514/2019-11

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Rep. pelo Registro: Jerônimo Soares Lima Júnior

Data/Hora: 13/09/2019 - 11:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Enderogo

BR-343, LADEIRA DO URUGUAI, Nº:

Complemento

Bairro

URUGUAI

Ponto de Referência

EM FRENTE AO SUPERMERCADO MAXX

Data/Hora

26/12/2018 - 13:30

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL NASCIMENTO SILVA

RG: 3010894 SSP/PI

Mãe: RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA

Pai: DAMIÃO MENDES DA SILVA

Endereço: QUADRA H. CASA 25, Nº 25

Complemento: BAIRRO PARQUE FIRMINO FILHO

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 CARGO KS, PLACA QEB-1031, COR BRANCA, RENAVAM 00505533642, CONDUZIDA PELO SR. JEFFERSON DA SILVA LIMA (CPF. 603.155.783/51) E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO NA ALTURA DO SUPERMERCADO MAXX UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA ENTROU NA MESMA VIA VINDO A COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DA MOTO DO NOTICIANTE QUE VIERAM A CAIR NO CHÃO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HUAT (PRONT. 498130). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL.

Daniel Nascimento Silva
DANIEL NASCIMENTO SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Lucy Rêine Leoni Aragão
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
M. 13.09.19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048714523-28 4 - Nome completo da vítima: Daniel Nascimento Silva

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

5 - Nome completo: Daniel Nascimento Silva 6 - CPF: 048714523-28
7 - Profissão: Tec. Instalações 8 - Endereço: Qd - H 9 - Número: 25 10 - Complemento: Pq Firmino Filho
11 - Bairro: Santa Maria da Colígia 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-377
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 104784 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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 aqueles 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 11/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Daniel Nascimento Silva 42 - Assinatura do Procurador (se houver) Márcio Vital de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000104784-0

Nr. da Autenticação B2C0A0021BFFA053

