

ProOrd 0800130-66.2017.8.18.0039

JOSE BARBOSA SANTIAGO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

8884925 - CONTESTAÇÃO (2705114 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/03/2020 17:03:51

17 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

8884922 - CONTESTAÇÃO

- 8884925 - CONTESTAÇÃO (2705114 CONTESTACAO 01)
- 8884937 - Documentos (2705114 CONTESTACAO Anexo 02)
- 8885343 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 8885350 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
- 8885353 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

18 Dec 2019

PRÓFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE Microsoft Word 2010

downloadBinario.seam 1 / 10

2705114-C3/ 2020-01125/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08001306620178180039

SUMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidade parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08001306620178180039

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 **JOSE BARBOSA SANTIAGO**, 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 **01/10/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/01/2017**.

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 descharacteriza 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 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.

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;

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)

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, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA			Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT	
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3170185842	Cidade: Barra	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO	Data do acidente: 01/10/2016	Seguradora: Investprev Seguradora S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA				
Descrição do exame médico pericial: EF: COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D - FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %.				
Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRATURA DE PATELA D.				
FETTO OSTEOSINTSE EM PATELA D DIA 01/10/16.				
FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA.				
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA.				
Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau residual.				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 05/05/2017				
Conduta mantida:				
Observações: Indenização em grau residual do joelho devido a limitação residual da flexão articular.				
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.				
Médico examinador: Edmar de Souza Lima Junior				
CRM do médico: 2313				
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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar 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 deve 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 01/10/2016. 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: 20/06/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE BARBOSA SANTIAGO

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03436
CONTA: 000000027405-5

Nr. da Autenticação C7099BBA964D361D

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.

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 HOUVE 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.

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.

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;

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.

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.”

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.

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 da 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 horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO 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 enfrentado 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).

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

⁸art. 1º. (...)

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

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.

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,

BARRAS, 17 de março 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 graduação (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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
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\$ 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 pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINA 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 **JOSE BARBOSA SANTIAGO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BARRAS**, nos autos do Processo nº 08001306620178180039.

Rio de Janeiro, 17 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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



349071

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 106495.000129/2017-80

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 16/01/2017 - 07:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

RUA GENERAL TAUMATURGO DE AZEVEDO, N°:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DETTRAN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 2.866.756 SSPP/PI

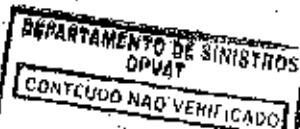
Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Endereço: LOCALIDADE HA MAIS TEMPO, N°:

Bairro: CUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência:

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante informa que no dia 01/10/2016 às 07h30min, o mesmo caminhava pela rua general taumaturgo de Azevedo, centro desta cidade de barras-pi. QUE ao chegar próximo ao DETRAN desta cidade de barras-pi, foi atropelado por uma motocicleta não identificada vindo a causar queda do mesmo. QUE após o acidente o noticiante foi socorrido por terceiros até o hospital leonidas meio nesta cidade de barras-pi, onde o noticiante foi examinado e submetido a raio-x do joelho direito sendo constatada fratura, sendo encaminhado para o HUT hospital de urgência de Teresina-pi, onde foi submetido novamente a raio-x do joelho direito sendo constatada fratura, sendo submetido a cirurgia do joelho fraturado sendo medicado e liberado. era o que tinha a declarar.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ BARBOSA SANTIAGO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

On original 10/01/2017
ASL - 0052260117

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Imprimir

Eu, José Barbosa Santiago, portador da carteira de identidade nº 2.689.756 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.853.263-85, residente e domiciliado na localidade da mai Turpo, zona Rural Cidade Barras, Estado Piauí, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 Líder 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discordar do conteúdo.

José Barbosa Santiago

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Barras 03/02/17

Local e data

Declaração de Ausência de Laudo do IML

Centro de Inovação da UFSC



Eu, Jose Barbosa Santiago, portador da carteira de identidade nº 2.685.756 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.853.263-85, residente e domiciliado na localidade da mai. Tempa, Zona Rural Cidade Barra, Estado Paraná, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 Líder 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 aceitação da concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discordar do conteúdo.



Jose Barbosa Santiago

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Barra 03/02/17

Local e data

HOSPITAL REGIONAL LEONÍDAS MELO
PRAÇA MONSENHOR BOZON, 210
CENTRO, BARRAS/PI - 64100-000
CNPJ: 06553564000219
(86) 3242-1336 / (86) 3242-1336

Piauí
ESTADO DO PIAUÍ

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P030860

Data: 01/10/2016

Funcionário: CHAGUTINHA

Senha 9

Registro: 9120

Horá: 07:57:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

JOSE BARBOSA SANTIAGO

Nasc.: 22/07/1987 Idade: 29 ANOS, 3 MESES, 10 DIAS Profissão:

End.: Q-02 C-06, 0-

Cor: Telefone: ()

Barrio: PAQUETA

Cidade: BARRAS/PI

Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64100

Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Clínica: ENFERMAGEM

Documento: 3 - MEDICO PLANTONISTA

Responsável: JOSE BARBOSA SANTIAGO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

Comprovante da sua encarnação

-00005-

Procedimentos

01/10/2016, 7:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO ME) Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgent

Queixa principal:

RL 3000 D. Atores novos
D. Morocostas

Exame clínico/físico:

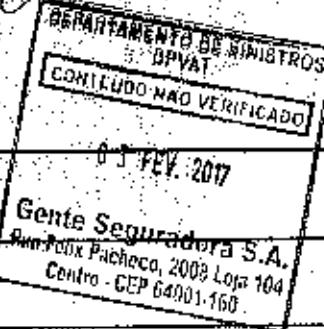
Diagnóstico provável:

Vermelha Pato D. Et 1972
Gomorro (pato) D. Et 1972
Vermelha (pato) D. Et 1972
Vermelha (pato) D. Et 1972

Medicação:

As. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

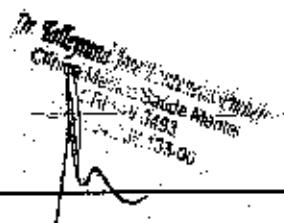


Forma Gorda

Transfendo AMM

HV

Assinatura do Sua S. Cidadão



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: 20/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA SANTIAGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000027405-5

Nr. da Autenticação C7099BBA964D361D

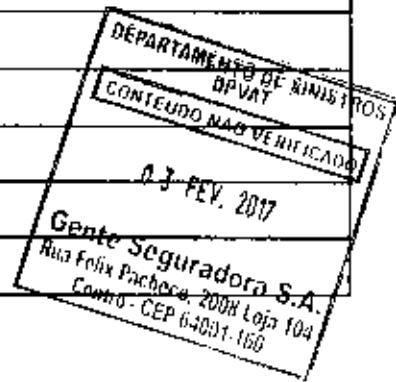


Documentos de identidade

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Barbosa Santiago
RG nº 2.685.756, data de expedição 15/05/07, Órgão SSP/PE
CPF nº 031.853.263-85, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>localidade Ha mais tempo</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Barra</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99982-3093</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barra 03/02/17

Assinatura do Declarante: José Barbosa Santiago

Electrobras
Maior rede de fibra

Para contato com a
Electrobras, basta chamar
0800 000023

787444-8

Nº de Conta: 000918971

6 Largo das Flores, Centro, Rio de Janeiro
20001-000 - RJ - Brasil - Fone: (21) 2200-1000

JUNHO/2016 01/07/2016

94

38,39

IRISMAR BARBOSA SANTIAGO
LC MAIS TEMPO S/N B-RURAL
CPF: 00000357915356
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 138.313.16-81.031099

Meio	1743	Ativo	24/06/2016
Ativo	1649	Ativo	24/05/2016
Consumo	1.000	Ativo	25/07/2016
Consumo médio	94	Ativo	24/06/2016
Consumo faturado	94	Ativo	24/06/2016
	NORMAL		
			31

RESÍD. BX. RENDA 4000 408729E 1.4.1.1 78

MAI/16	88	CONSUMO	30 A R\$ 0,204592 =	6,14
ABR/16	73		64 A R\$ 0,350887 =	22,45
MAR/16	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP)		2,91
FEV/16	69	DIFERENCA DE TARIFA		26,99
JAN/16	74	SUBVENCAO BAIXA RENDA		20,16
DEZ/15	76			
NOV/15	76			
DUT/15	69			
SET/15	76			
AGO/15	60			

DETALHES TRABALHOS:
8 H 28 - 0,204592
37 H 94 - 0,350887

DEPARTAMENTO DE BIMINHOS
DPVAT
CONTIFUNO NAO VERIFICADO

03 FEVEREIRO 2017

Gesta Seguradora S.A.
Av. Felis Pacheco, 2080 Loja 104
CEP 04013-100

Meia/Ano Valor R\$ 05/2016 35,13

A COBRANCA DO SERVICO DE TERCEIRO, INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER

CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, EM CA

SO DE SINTONIAS DA ONGUE, CHIKUNUNYA OU ZIKA, DIRIGA-SE AO SUS

000918971 5074.F78F.39DA.5B12.F000.7726.BBB6.4146

Meio	14,15	Consumo	55,58
Ativo	20,81	Consumo	20,00%
Consumo	1,91	Consumo	11,11
Consumo	4,49	Consumo	0,55
Ativo	14,22	Consumo	2,56

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

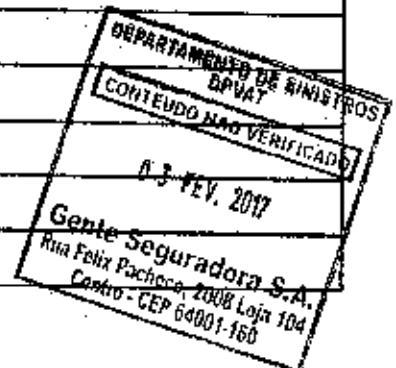


Eu, José Barbosa Santiago

RG nº 2.685.796, data de expedição 15/05/03, Órgão SSP/PI

CPF nº 031.853.263-85, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>localidade Ha mais tempo</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Barros</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99982-3093</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barros 03/02/17

Assinatura do Declarante: José Barbosa Santiago

ESTRUTURA
Disciplina: Física

Até o final do mês
de junho de 2016
para efetuar

Nº de fatura: 000928871

A data de abertura da fatura: 24/05/2016
A data de vencimento da fatura: 24/06/2016

IRISMAIR BARBOSA SANTIAGO
L.C. NA MAIS TEMPO SAN. B-RURAL
CPF: 000000357915356
CEP: 64.180-000 - BARRAS

ROT: 138.313.16.81.031099

Abertura	17/05/2016	Abertura	24/05/2016
Abertura	1649	Abertura	24/05/2016
Consumo de 12/2015	1.900	Consumo de 12/2015	25/05/2016
Consumo de 01/2016	94	Consumo de 01/2016	24/06/2016
Consumo de 02/2016	94	Consumo de 02/2016	24/06/2016
	FCAM		

DATA	VALOR	DETALHES	PERÍODO
04/15	85		
05/15	72		
06/15	85		
07/15	63	CINTA, ILUMINAÇÃO RUA (COSTA)	22/05
08/15	74	DIFERENÇA DE TARIFA	22/05
09/15	76	SUBSCRIÇÃO BÁTICA RENDA	22/05
10/15	76		23/05
11/15	76		23/05
12/15	69		23/05
01/16	76		23/05
02/16	62		23/05
03/16	62		23/05
04/16	62		23/05
05/16	62		23/05
06/16	62		23/05
07/16	62		23/05
08/16	62		23/05
09/16	62		23/05
10/16	62		23/05
11/16	62		23/05
12/16	62		23/05
01/17	62		23/05
02/17	62		23/05
03/17	62		23/05
04/17	62		23/05
05/17	62		23/05
06/17	62		23/05
07/17	62		23/05
08/17	62		23/05
09/17	62		23/05
10/17	62		23/05
11/17	62		23/05
12/17	62		23/05
01/18	62		23/05
02/18	62		23/05
03/18	62		23/05
04/18	62		23/05
05/18	62		23/05
06/18	62		23/05
07/18	62		23/05
08/18	62		23/05
09/18	62		23/05
10/18	62		23/05
11/18	62		23/05
12/18	62		23/05
01/19	62		23/05
02/19	62		23/05
03/19	62		23/05
04/19	62		23/05
05/19	62		23/05
06/19	62		23/05
07/19	62		23/05
08/19	62		23/05
09/19	62		23/05
10/19	62		23/05
11/19	62		23/05
12/19	62		23/05
01/20	62		23/05
02/20	62		23/05
03/20	62		23/05
04/20	62		23/05
05/20	62		23/05
06/20	62		23/05
07/20	62		23/05
08/20	62		23/05
09/20	62		23/05
10/20	62		23/05
11/20	62		23/05
12/20	62		23/05
01/21	62		23/05
02/21	62		23/05
03/21	62		23/05
04/21	62		23/05
05/21	62		23/05
06/21	62		23/05
07/21	62		23/05
08/21	62		23/05
09/21	62		23/05
10/21	62		23/05
11/21	62		23/05
12/21	62		23/05
01/22	62		23/05
02/22	62		23/05
03/22	62		23/05
04/22	62		23/05
05/22	62		23/05
06/22	62		23/05
07/22	62		23/05
08/22	62		23/05
09/22	62		23/05
10/22	62		23/05
11/22	62		23/05
12/22	62		23/05
01/23	62		23/05
02/23	62		23/05
03/23	62		23/05
04/23	62		23/05
05/23	62		23/05
06/23	62		23/05
07/23	62		23/05
08/23	62		23/05
09/23	62		23/05
10/23	62		23/05
11/23	62		23/05
12/23	62		23/05
01/24	62		23/05
02/24	62		23/05
03/24	62		23/05
04/24	62		23/05
05/24	62		23/05
06/24	62		23/05
07/24	62		23/05
08/24	62		23/05
09/24	62		23/05
10/24	62		23/05
11/24	62		23/05
12/24	62		23/05
01/25	62		23/05
02/25	62		23/05
03/25	62		23/05
04/25	62		23/05
05/25	62		23/05
06/25	62		23/05
07/25	62		23/05
08/25	62		23/05
09/25	62		23/05
10/25	62		23/05
11/25	62		23/05
12/25	62		23/05
01/26	62		23/05
02/26	62		23/05
03/26	62		23/05
04/26	62		23/05
05/26	62		23/05
06/26	62		23/05
07/26	62		23/05
08/26	62		23/05
09/26	62		23/05
10/26	62		23/05
11/26	62		23/05
12/26	62		23/05
01/27	62		23/05
02/27	62		23/05
03/27	62		23/05
04/27	62		23/05
05/27	62		23/05
06/27	62		23/05
07/27	62		23/05
08/27	62		23/05
09/27	62		23/05
10/27	62		23/05
11/27	62		23/05
12/27	62		23/05
01/28	62		23/05
02/28	62		23/05
03/28	62		23/05
04/28	62		23/05
05/28	62		23/05
06/28	62		23/05
07/28	62		23/05
08/28	62		23/05
09/28	62		23/05
10/28	62		23/05
11/28	62		23/05
12/28	62		23/05
01/29	62		23/05
02/29	62		23/05
03/29	62		23/05
04/29	62		23/05
05/29	62		23/05
06/29	62		23/05
07/29	62		23/05
08/29	62		23/05
09/29	62		23/05
10/29	62		23/05
11/29	62		23/05
12/29	62		23/05
01/30	62		23/05
02/30	62		23/05
03/30	62		23/05
04/30	62		23/05
05/30	62		23/05
06/30	62		23/05
07/30	62		23/05
08/30	62		23/05
09/30	62		23/05
10/30	62		23/05
11/30	62		23/05
12/30	62		23/05
01/31	62		23/05
02/31	62		23/05
03/31	62		23/05
04/31	62		23/05
05/31	62		23/05
06/31	62		23/05
07/31	62		23/05
08/31	62		23/05
09/31	62		23/05
10/31	62		23/05
11/31	62		23/05
12/31	62		23/05
01/32	62		23/05
02/32	62		23/05
03/32	62		23/05
04/32	62		23/05
05/32	62		23/05
06/32	62		23/05
07/32	62		23/05
08/32	62		23/05
09/32	62		23/05
10/32	62		23/05
11/32	62		23/05
12/32	62		23/05
01/33	62		23/05
02/33	62		23/05
03/33	62		23/05
04/33	62		23/05
05/33	62		23/05
06/33	62		23/05
07/33	62		23/05
08/33	62		23/05
09/33	62		23/05
10/33	62		23/05
11/33	62		23/05
12/33	62		23/05
01/34	62		23/05
02/34	62		23/05
03/34	62		23/05
04/34	62		23/05
05/34	62		23/05
06/34	62		23/05
07/34	62		23/05
08/34	62		23/05
09/34	62		23/05
10/34	62		23/05
11/34	62		23/05
12/34	62		23/05
01/35	62		23/05
02/35	62		23/05
03/35	62		23/05
04/35	62		23/05
05/35	62		23/05
06/35	62		23/05
07/35	62		23/05
08/35	62		23/05
09/35	62		23/05
10/35	62		23/05
11/35	62		23/05
12/35	62		23/05
01/36	62		23/05
02/36	62		23/05
03/36	62		23/05
04/36	62		23/05
05/36	62		23/05
06/36	62		23/05
07/36	62		23/05
08/36	62		23/05
09/36	62		23/05
10/36	62		23/05
11/36	62		23/05
12/36	62		23/05
01/37	62		23/05
02/37	62		23/05
03/37	62		23/05
04/37	62		23/05
05/37	62		23/05
06/37	62		23/05
07/37	62		23/05
08/37	62		23/05
09/37	62		23/05
10/37	62		23/05
11/37	62		23/05
12/37	62		23/05
01/38	62		23/05
02/38	62		23/05
03/38	62		23/05
04/38	62		23/05
05/38	62		23/05
06/38	62		23/05
07/38	62		23/05
08/38	62		23/05
09/38	62		23/05
10/38	62		23/05
11/38	62		23/05
12/38	62		23/05
01/39	62		23/05
02			

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato contra
Eletrobras, informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO
0957468-9

Comprovante de residência

0016

COMBINAÇÃO ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 068840-74/0003-95 (Insc. Estadual: 10.001.003-3
Moto Fórum / Cartão de Energia Eletrica - Seção I
Página especial de pagamento autorizada para a SEMAE/PI

A Tarifa Social de Energia Elétrica - "TSE" foi criada
pela Lei nº 10.619 de 23 de outubro de 2002

CONTAS/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZ/2016	03/01/2017	824	624,61

MARIA DO CARMO PROCEDORIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VENUELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

RG: 17.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Aquec.	73735	Aquec.	27/12/2016
Anterior:	72841	Anterior:	25/11/2016
Consumo de Hidráulica:	1.900	Consumo:	25/01/2017
Consumo Hidráulico:	894	Prédatação:	27/12/2016
Consumo total:	894	Emissão:	27/12/2016
Consumo total:	894	Apresentação:	32/12/2016

NORMAS:

CÓDIGO DA UNIDADE DE CONSUMIDOR		CÓDIGO DA UNIDADE DE CONSUMIDOR	
RESIDENCIAL:	TRT	Habitação/Medidor	Torre
D109848			
Código FAL: 1.1.1.8 - HAB 12 UNIDADE			

HISTÓRICO kWh		CONSUMO	
NOV/16	879	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP)	370,38
OUT/16	832	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 10/16-00	39,73
SET/16	957	MULTA POR ATRASO 10/16-00	0,69
AGO/16	777	JUROS DE MORA DE IMPO 10/16-00	10,36
JUL/16	802	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	3,45
JUN/16	973		2,06
MAI/16	809		
ABR/16	957		
MAR/16	1042		
FEV/16	844		
SOMA: 82.360,00		SOMA: 82.360,00	

MENSAGEM IMPORTANTE / REVISÃO DE VENCIMENTO

MES/ANO Valor: R\$ 11/2016 652,71 Utilizar consumidor sujeito a surto de energia elétrica a partir de 11/01/2017. O uso da energia deve ser evitado, caso o mesmo seja necessário, deve ser feito com a menor intensidade de consumo. Caso tenha sido feita a ressalva, deve ser considerada para uso.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO, INSTITuíDA EM SUA FAVOR, PODE-SE CARREGAR A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800-086-0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

RESERVADO AO FISCO 278C.5111.352E.AE6F.59AE.02F8.0A48.0002

DEPÓSITO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/REFUNDOS - R\$	
Despesas:	144,99	Baixar:	570,38
Energia:	176,90	Alíquota ICMF:	25,00%
Transmissão:	21,33	Valor do ICMF:	142,59
Encargos:	55,03	Valor do PIS:	5,41
Impostos:	173,03	Valor do COFINS:	25,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE

4,83	9,67	19,34	3,17	6,35	12,79	2,69
0,00			0,00			0,00

TERESINA-MACAUBA 10/2016 202,95

RG: 17.001.02.42.127600

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0957468-9	624,61
MÊS SATURADO	PERÍODO
12/2016	03/01/2017

LINHA DE ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
068840-74/0003-95 (Insc. Estadual: 10.001.003-5)

Nº da Nota Fiscal: 001072501 - FCAM

6648800006 0 2461917008 9 00000000957 1 46891216008 1

SEQ.: 00057 UC: 0957468-9 DT. LEIT.: 27/12/2016 T. ENTR.: 04
LEITURA: 73735 NORMAL TOTAL: 624,61 CARGA: 019
DT. VENC.: 03/01/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 0221



Banco de Documentos

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

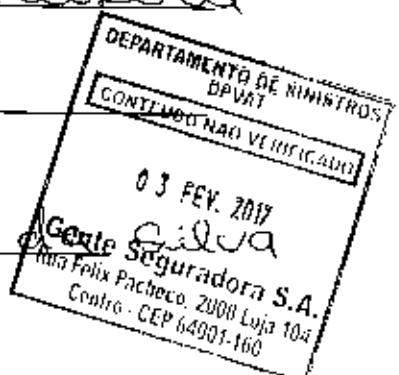
² Conselho de Controlo de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procedomio da Silva, portador(a) do RG nº 1.457.994, expedido por SSP / PI, em 13/07/13, CPF/CNPJ nº 703.754.703-44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Barbosa Santiago do sinistro de DPVAT da natureza Invalidiz da vítima José Barbosa Santiago, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

Maria do Carmo Procedomio da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

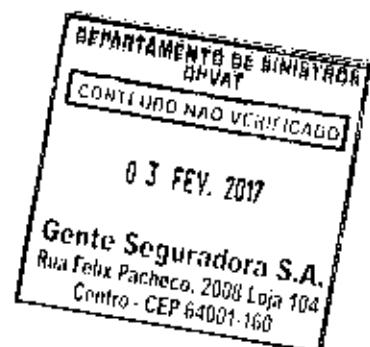




Comprovante de residência



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Sone Bacana Santana

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421000

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

José Baylora Santiago

Diagnóstico pré-operatório

PNHO 1º abd - todos D
estomago c/pe

Operação - Tipo

ta
ga

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Raque-anestesia

Data da Operação

05/01/2016

Ínicio

16:35

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

DEPARTAMENTO DE GININFROS
DIAVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

03 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 - Edifício 104
Centro - CEP 64001-160

Acidente Durante a Operação

2º

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

front DD h/ abd c/pe
ext psto - obco c/pe
admobiliz + liga c/pe
an R e 2 Redd c/pe
frelos c/ passos de
tempo + sutura + mato



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/09/06

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO N°	<u>491779</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	<u>Septo-nasal</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA:	<u>06</u>
CIRURGIÃO:	CPF N°:	<u>Wolfe</u>
AUXILIAR:	CPF N°:	<u>Wolfe</u>
ANESTESIA:	CPF N°:	<u>Wolfe</u>
INSTRUMENTADORA:	CPF N°:	<u>JACKSON</u>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI N.24	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	DEPARTAMENTO DE KINETRÔNOM	<u>150</u>	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	CONTÉNUO NÃO VENCIDO	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	03 FEV. 2017	<u>150</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 40CC Seguradora S.A.	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>150</u>		SERINGA 5CC	Centro - CEP 64091-100	<u>03</u>	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		Eupom		<u>04</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Algodão ortopédico</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON N.2.0 unid 01							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Conciliação</u>		
PROLENE							

*Balancete

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Barbosa Santiago IDADE anos DATA 01/10/2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17h30min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA anat. pecten CIRURGIANO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>98/58</u>		<u>161/65</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>76</u>		<u>81</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>		<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Patelino</u>		<u>Assilene</u>

ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK

		ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta tócidio e orientado no tempo e espaço	2	2	2
	Deserta, se solicitado	1	1	1
	Não responde	0	0	0
SATURAÇÃO O₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL <u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA				

DEPARTAMENTO DE BIMESTRES
DIVAT
CONTÉNUO NAO DETERMINADO

03 FEVEREIRO 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pichon, 2002 Loja 104
Centro - CEP 64001-100

OBJETOS: SONDA VESICAL SONDA NASO / ORO DRENO DE SUÇÃO COLOSTOMIA DRENO TORACICO DVE OUTROS
ERNADAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

Evolução de Enfermagem:

17:30h: Admitido na SRPA, em PTO - anat. pecten, sob efeito de urete, com curto orientado, fose
18h: suspeita de hemorragia retroperitoneal - guta grande

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO: EXTERNO SALA DE GESSO IMAGENS E GRÁFICOS

POSTO: 1 2 3 EMERGÊNCIA PEDIATRICA UTI PED NEURO GERAL QUEIM. CLÍNICA: PED ADRT NEURO GCR MED

AIN: 221610164647-3

UNI: H.U.T (PROF. ZÉMIR ROCHA)

NASCIMENTO

22/07/1987

JOSE BARBOSA SANTIAGO

D.LIBERA: 04/10/2016

N. LAUDO: 01/10/2016

PROCED.: 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO

DP.SIST: WELLINGTON

CID: SB20

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828856

174101

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

6 - Prenumerito: 421779

7-CNS: 206611208260002

8-Nascimento: 22/07/1987

9-Sexo: Masculino

RG: 2685756 - SSP-PI

10-Mae: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

12-Fone: 86-99548-1778

13-Resp: TEAIS

14-Cor: Parda

15-Ender: RUA SERGÉS MUNDO ALVES GONÇALVES N348 - BOA VISTA - CEP: 64100-000

17-Cod. IBGE: 220120 18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Dolores nas juntas de joelhos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03-FEV-2017

21 - Condições que justificam a internação:

frio

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Lote 104
Centro - CEP 64001-100

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da rótula (patela)

5820

PROCEDIMENTO SOLICITADO

4-Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA

5-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 877.154.063-66

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

01/10/2016

DR. FÁBIO C. C. J. S.
Ortopedia e Traumatologia
Centro - CEP 64001-100

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

40-Órgão Segurador:

M.R. IPHAN/PI

37-() Acidente Trabalho Típico

41-Órgão Empresarial:

M.R. IPHAN/PI

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

09/10/16

48-Documento:

49-Num. Documento:

Órgão: IPHAN/PI
Número: 0408050527

CPF: 877.154.063-66

CIS: 040805052700030005

50-Ass. Marimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Thais de Oliveira Farias

Data: 01/10/2016 17:10:08

Assinatura:

Nome:

CPF:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilo 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CUIT: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572630
Requisição: 681124 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851053 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na patela.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 29/11/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DPVAT
CONTRIBUIN NAO VIU RACAO	
03 FEV. 2017	
Gente Seguradora S.A.	
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104	
Ceará - CEP 64001-160	

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Professional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 063 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)

Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000

Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 174181

Requisição: 681249 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALÉNCIA

Controle: 051220 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 224

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA RECENTE NA PATELA FIXADA COM FIOS METÁLICOS EM BANDA DE TENSÃO.
- AUMENTO DE VOLUME E BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO EM PARTES MOLES.

(RENAN

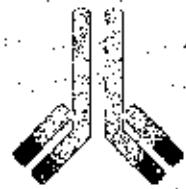
TERESINA - PI 27/11/2016



CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Dr. Edimar

RELATÓRIO MÉDICO

Documentação médica Hospitalar



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
IBIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
IBIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

08/03/17

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
IBIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Edimar Machado da Silva
 Cl. Geral e Cirurgia Geral
 CRM: 1684-PI - CRM: 2660-MA
 9999-0929-9532-1987/0027-3738

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
IBIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva



NOME DO PACIENTE: Sose Bezerra Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.229

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Rito 1820 - Redenção - Fone: 86 3279 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO		Prontuário: 421779
Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO	Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO	
End. Resid.: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VESTA - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento: 22/07/1987	Idade: 29a:3m:9d	Sexo: Masculino Fone: 86-99548-1778
Responsável: THAIS	CNS: 206611208280002	
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 2485756 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Comunhão	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 572630	Data: 01/10/2016 12:14:14	Condução: <input checked="" type="checkbox"/> P. P. <input type="checkbox"/> P. M. <input type="checkbox"/> P. V.
Motivo da Procura: DOR NEMERAS INFERIORES		Convênio: S U S
Ad.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
DOR E INOBRIGADA EM NEXO POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEVA ALFEMIR F. 2016		SANSAC SANTOS DOS SANTOS COREN: 306248 PI EM: 01/10/2016 12:23:56	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____)		Nome: <i>Thais de Oliveira</i>	
PA	mmHg	P脉:	FCM
Diagnóstico Admitido:		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: DPVAT		DEPARTAMENTO DE RININOTRASAL	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
DATA: / /		HORA: : :	
Procedimento		CID	

Thais de Oliveira

Thais de Oliveira

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
CANTO - CEP 64001-160

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
CANTO - CEP 64001-160



**DIÁCIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GÊNCIA DE TERESINA - HUT**

HOSPITAL D

PREScrição MÉDICA

corredor3

ME DO PACIENTE SB BARBOSA SANTIAGO	PRONTUÁRIO 421779	IDADE 29	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP corredor	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
01/10/2016	FRAT JOELHO					10:30 Alfa hospital a critério médico Rx 366-235
02/10/16	1 Dieta oral livre 2 Joelco salinizado 3 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h 4 Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs 5 Tilitil 20mg _01 amp + AD EV 12/12hs 6 Plasil _01 amp + AD EV 8/8h S/N 7 Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN 8 Cuidados gerais e sinais vitais 9			03 EV 207 Centro Seguradora S.A. Rua Frederico Pucheta, 2000 Centro - CEP 66001-160 03 EV 207 Centro Seguradora S.A. Rua Frederico Pucheta, 2000 Centro - CEP 66001-160 03 EV 207		



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Barbosa Santiago		
Diagnóstico pré-operatório	PMS 1º fase - fadiga		
Operação - Tipo	Fibroscopia		
Cirurgião	DR. ZENON ROCHA	1º Assistente	DR. JOSÉ VILAS BOAS
2º Assistente	DR. VILAS BOAS	3º Assistente	DR. JOSÉ VILAS BOAS
Instrumentador(a)	DR. VILAS BOAS	Anestesista	DR. VILAS BOAS
Anestésico(a)	DR. VILAS BOAS	ANESTESISTA	Raqui-anestesia
Data da Operação	04/01/2016	Ínicio	16:35.
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	<p>DEPARTAMENTO DE RINOFARINXOS OPVAR CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 03 FEV. 2017 Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2000 - Lote 104 Centro - CEP 64001-100</p>		
Acidente Durante a Operação			

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

frontal DD h 16h entodo
extenso - obcs caps
dilatado + ligeiramente
an Rx 2 Red. Cox
frocos com bordas ob
femoral + artro + curto



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 01/01/01

NOME DO PACIENTE	JOSE Bento Salto	PRONTUÁRIO Nº:	491776
DIAGNÓSTICO:	Operação Total	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	06
CIRURGÃO:	Wolfe	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	JACKSON	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTEAMENTO DE SINISTROS	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVP TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVP TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 1000 Pachecos Seguradora S.A.	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 500 Cimento CEP 64001-160	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		Eupom		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Algodão ortopédico 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON N.2.0	UNID.	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				Concierge			

Relatório

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME Jose Barbosa Souto IDADE anos DATA 01/10/2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17h00min TIPO DE ANESTESIA (GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL)
 CIRURGIA REALIZADA fract. patela CIRURGIANO

SINAIS VITais	HORÁRIO		CIRURGIANO
	ADMISSÃO	Saída	
PRESSEAO ARTERIAL (mmHg)	<u>98/58</u>		<u>16/65</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>76</u>		<u>84</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>		<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (res)			
NOME MATRÍCULA	<u>Padilho</u>		<u>Adelina</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		Saída
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimento de quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimento dos membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 80%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 80%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL: <u>09</u>	
ESCALA DE DOR ALTA							ASS: <u>NP</u>	

OBSTINOS: () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENO DE SUCÇÃO () COLOSTOMIA () DRENO TORACICO () DVE () OUTROS
 ERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:30h: Admitido na SRPA, em POU - fract. patela, sob efeito de anest. contínuo, orientado, fizeram supino - respira com hemodinâmica estável, sem quadro.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____

ENCAMINHAMENTO: [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: **RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000**
Nascimento: **22/07/1987** Idade: **29a:4m:7d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **572630**
Requisição: **681124** Solicitação: **01/10/2016** Solicitante: **RICARDO SOARES VALENÇA**
Controle: **851053** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. STA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na patela.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 29/11/2016



VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSÉ BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: **RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 84100-000**
Nascimento: **22/07/1967** Idade: **29a:4m:5d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **174181**
Requisição: **681249** Solicitação: **01/10/2016** Solicitante: **RICARDO SOARES VALENÇA**
Controle: **861220** Convênio: **S.U.S.** Clínica: **CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11** ENFERMARIA 290 LEITO 224

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA RECENTE NA PATELA FIXADA COM FIOS METÁLICOS EM BANDA DE TENSÃO.
- AUMENTO DE VOLUME E BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO EM PARTES MOLES.

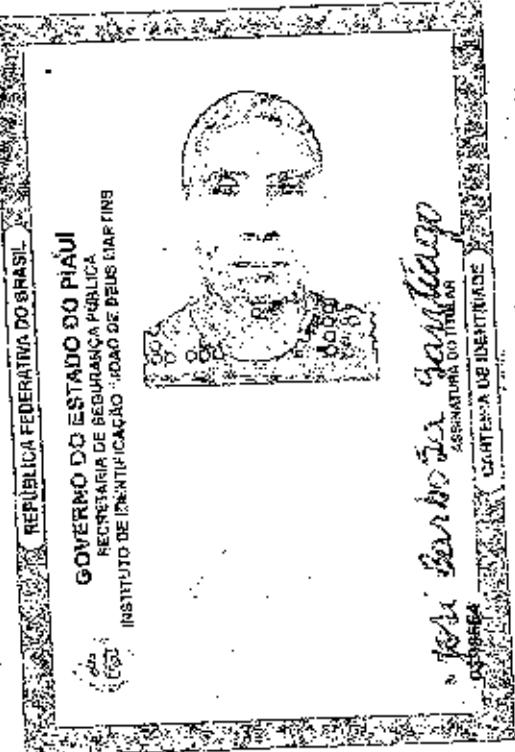
(RENAN

TERESINA - PI 27/11/2016

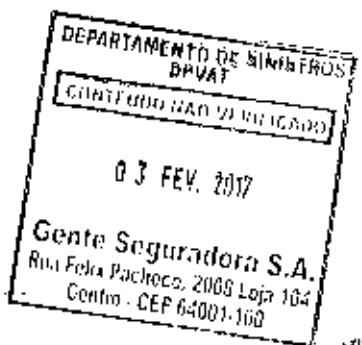
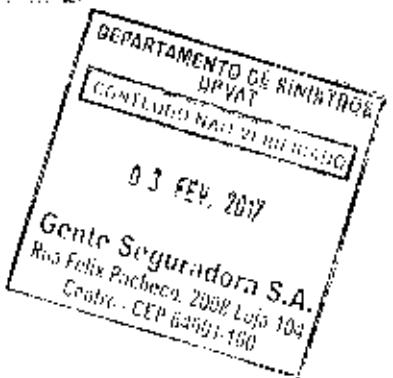


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

CLICAR NO DOCUMENTO PARA VER



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.685.756
DATA DE EXPEDIÇÃO	
JOSE BARBOSA SANTIAGO	
FILIAÇÃO	
MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO	
ANTONIO PEREIRA SANTIAGO	
NATURALIZADO	
BARRAS-PI	
CERT. NASC. 7079 L 07A F 121	
EXP. BARRAS 16/12/93	
CPF	
TEREINA-PI	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.118 DE 29/06/93 - DECRETO N° 86.250/93	



CÓDIGO DE CONTROLE
F602.6780.A212.C4A6

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 11:40:44, do dia 09/05/2014 (hora o ato da Brasília)
 dígito verificador: 90

MÍNISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVARTE DE INSCRIÇÃO

Número
CG1.353.263-B5

Nome
JOSE BARBOSA SANTIAGO

Nascimento
22/07/1987

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Certificado de Encuentro



Dongmangardokhundoo

20/20

2007-140	DATA DE EXPEDICAO
ESTADO: SANTOS - SP	
MUNICIPIO: SANTOS - SP	
NOME: MARIA ANTONIA BATTAGLIA SANTIAGO	
NOME: MIGUEL PERETTA SANTIAGO	
DATA DE NAC.: 16/12/1933	
Nº CED.: 7979-L-07A-F-121	
LUGAR DE NASC.: SANTOS - SP	
LUGAR DE EXPED.: SANTOS - SP	

DEPARTAMENTO DE MININTRO
DPVAT
CONTROLE NAO VERIFICADO

Gente Seguradora S.A.
Av. Félix Pachoco, 2008 Lojas 104
Centro - CEP 64001-159



CONTINUOUS CONTROL

卷之三

• **100% Satisfaction** • **100% Quality** • **100% Satisfaction** • **100% Quality**

卷之三

1925年9月25日于上海寓所

THE BOSTONIAN

卷之三

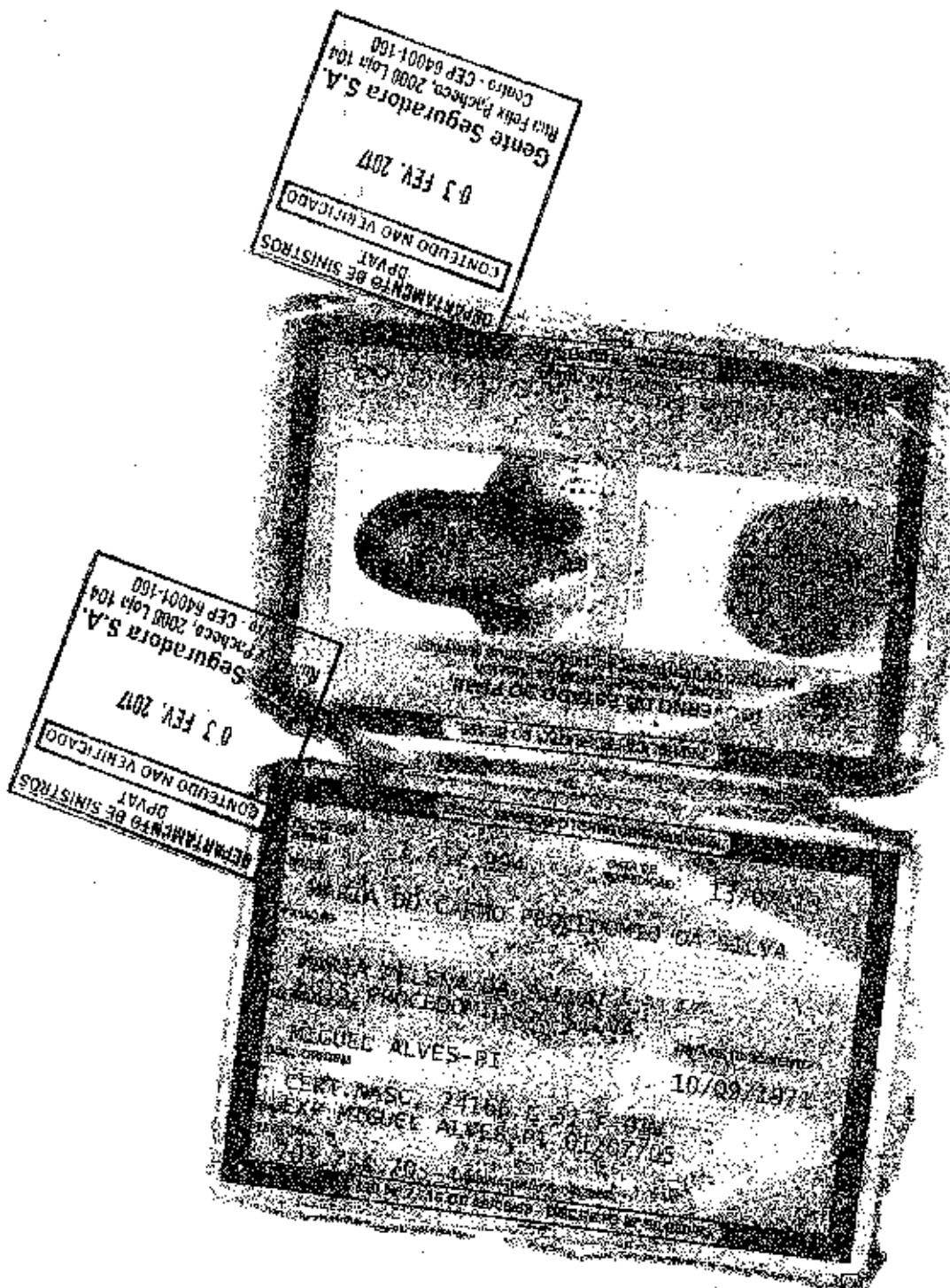
卷之三

卷之三

2015: 11: 77-88

— 1 —

•



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170185842 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO **Data do acidente:** 01/10/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

Descrição do exame EF: COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D - FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRATURA DE PATELA D.
FEITO OSTEOSSINTESE EM PATELA D DIA 01/10/16.
FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/05/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do joelho devido a limitação residual da flexão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Edmar de Souza Lima Junior

CRM do médico: 2313

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Nº DO SINISTRO
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiro ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Barbosa Santiago

POR(DA) DO RG Nº 2.685.756

EXPEDIDO POR SSP/PI

EM 23/05/14

CPF 0311893263-89 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ Reais (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Barbosa Santiago AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **NÃO SERÃO DE FORMA ALTERNATIVA**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerão termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA VÉRIFICADO
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta e/ou documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Barros 06 de Janeiro de 17

LOCALE DATA

José Barbosa Santiago

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

134-737995259-2
08/06/2017 08:27:37

08/06/2017 08:27:37
LOCALIDADE: BANRAS
VINCULADA: 2436

08/06/2017 08:27:37
134-737995259-2

NAME: JOSE BARROSO SANTIAGO

MOVIMENTOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SA. I. INIRE SALDO:
04.

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

SA. I. LIMITE SALDO:
04.

RESUMO EM 09/05

SA. I. LIMITE

RESUMO DO DIA

SA. I. BLOQUEADO

SA. I. DISPONIVEL

SALDO TOTAL

134-737995259-2

13. VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

07 JUN. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelio de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

07 JUN. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelio de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Barbosa Santiago

POR(DA) DO RG Nº 2.685.756 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 23/05/14

CPF 001.853.263-89 /CNPJ 000000000000000000. PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.440,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Barbosa Santiago AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados deverão ser apresentados, se apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou CÓDIGO VERIFICADO.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de comprovação do documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 31436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000274055

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Barras

06 de Junho de 17

José Barbosa Santiago

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsiguradoetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

13/06/2017 HORÁRIO: 09:27:07

16.022817-9 04/06/2017
LOCALIZADO: BARRAS
AB. VINCULADA: 3436

04/06/2017 16:00:00-03:00
3698.0000.405.5

NAME: KISE MARQUESA SANTIAGO

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/06/2012

VALOR LÍMITE: SALDO
25.34.

DEPÓSITOS REALIZADOS A PRAZER DE 03/06/2012
COM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

VALOR LÍMITE: SALDO
25.34.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C
Centro - Noroeste CEP: 54.002-170

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C
Centro - Noroeste CEP: 54.002-170

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BARBOSA SANTIAGO** Sinistro: **3170185842** Data: **01/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Localidade Há Mais Tempo, S/N - Rural - Barras - PI - CEP 64100-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP /PI] 2685756**

Data local do exame: **[05/05/2017] Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE PATELA D . ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRAT DE PATELA D ,EF COM DISCRETA
LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRAT DE PATELA D , FEITO OSTEOSINTSE EM PATELA D DIA 01 10 16
FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA ,EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D JA DE ALTA MEDICA
DEFINITIVA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO D

% do dano: (**X**) 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

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170185842 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO **Data do acidente:** 01/10/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura na patela direito submetido a tratamento de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

SIMONE LINO DOS SANTOS - ESCRIVENTE AUXILIAR
Endr. 2.02 TJ 0.45 Série 0.10 Tabel. 0.07

Setor de Procurações
CPF nº 030.853.363-30
Endereço:

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: José Barbosa Santiago

Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: Solteiro	Profissão: Javadeiro
Identidade nº: 2.685.756	CPF nº: 031.853.263-85	
Endereço:	Localidade: Na Mais Tempo S/N B-Rural de Barras CEP: 64100.000	

Telefone: ()

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093 / 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha - Teresina - PI, CEP: 64000-000
330

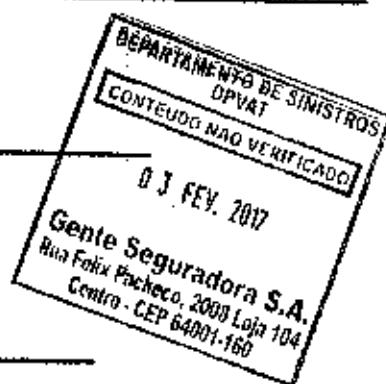
PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio constituo meu
bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especializados para
representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**
e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro
obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer
quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber
informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar
enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de
requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a Vítima
José Barbosa Santiago

Barras-PI 21/12/2016

Local e data

José Barbosa Santiago

- Outorgante -



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2017

Carta nº: 10859500

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17

Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Data Acidente: 01/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10882639

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro: 3170185842 ASL-0128284/17
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº 10961701

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17
Victima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº 11125212

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17
Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2017

Carta n°: 11200830

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro: 3170185842 ASL-0128284/17
Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 0000027405-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIMENTO

Despacho Clínico Susep 445/12
SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sajam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rascunhos, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Barbosa SantiagoPORTADOR(A) DO RG Nº 2.685-756 EXPEDIDO POR SSP/PIJ EM 15/10/10

CPF 031.853.263-85 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista
E RENDA MENSAL DE R\$ Reais () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA José B. Santiago, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASSEGUE PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fácia de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembrare-se que os documentos abaixo relacionados para depósito, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREV, Salário, Benefício ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa), S.E.P.A.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta, como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também para depósito ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia da verso do cartão múltiplo com informe de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 31436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27405-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Barros, 03 de fevereiro de 17 José Barbosa Santiago
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e ressarcimento de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtseguroprodutorista.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
DVIDORIA 0800 725 7474
DVIDORIA 0800 725 7471

330-517921222-3

CAIXA Loterias

25/NOV/2016 HORA DF 11:06:14

LOT: 16.10044-5
LOCALIDADE: BARRAS
AG. VINCULADA: 3436

TERM: 024558

CONTROLE: 686793798

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3436 013 88027405-5

JOSE BARBOSA SANFIAGO

VALOR

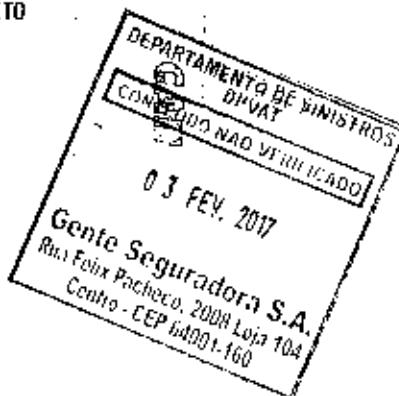
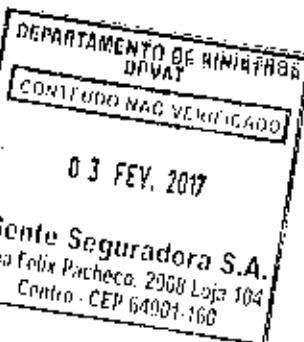
00000

FIAS
3 VIA

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

330-517921222-3

CAIXA Loterias



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Barbosa Santiago

PORTADOR(A) DO RG N° 2.685.756

EXPEDIDO POR SSP/PI

0014-

CPF 030.833.293-89 / CNPJ

EM 16/10/2017

E RENDA MENSAL DE R\$ 21.000,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José A. B. Santiago. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASSEGUE PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todos os possíveis envolvidos no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, tenha-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerão termos tais como: INSS ou PROVIMENTO FAMILIAR ou Salário ou Fornecido;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerão termos tais como: CNPJ ou ME, ME (microempreendedor individual);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atingiu para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPLANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revogar-se a aceitação de proposta de abertura do crédito como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar o site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT SINISTRO que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner (copia, scatena e másc.), por meio da extrato bancário informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informe de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPLANCA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 1011 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 31136 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23105-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO DE CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO OQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santos, 03 de Fevereiro de 17

LOCAÇÃO DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 100.000,00 em caso de morte (vítima que será nomeado beneficiário, observando a legislação vigente para o caso). Indenização de R\$ 100.000,00 em caso de invalidez permanente (vítima que seja considerada a gravidade das sequelas a de acordo com a legislação vigente para o caso). O valor da indenização é de R\$ 100.000,00, que é o limite da indenização do Seguro DPVAT.

Para mais detalhes o processo de atendimento ao cliente, entre em contato com a sua agência bancária ou Boleto para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 729 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

330-517921222-3

25/NOV/2016

HORA DF 11:08:14

OT: 16.16044-5
LOCALIDADE: BARRAS
D. VENCIMENTO: 3436

TERM: 024558
CONTROLE: 680789798

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3436 013 08027405-5

JOSE BARBOSA SANTIAGO

VALOR

07000

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

330-517921222-3

2a VIA

CAIXA Loterias





Documento de Identificação

1156 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 106495.000129/2017-80

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 16/01/2017 - 07:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Data/Hora

01/01/2016 - 07:30

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

RUA GENERAL TALMATUROO DE AZEVEDO, N°

Complemento

Ponto de Referência

DETRAN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Tipo Envolve: VITIMA/Noticiante

RG: 2.625.750 SSPPI PI

Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Endereço: LOCALIDADE HA MAIS TEMPO, N°

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante informa, em 01/01/2016, às 07:46:00, que, na manhã da mesma, ao sair de casa, pela rua general talmatuoro de Azevedo, centro desta cidade de Barras-PI, ao chegar proximo ao DEP, na estrada de Barras-PI, foi atropelado por uma motocicleta não identificada, visto a causa ser queda do mesmo. O GDF atendeu o acidente e o noticiante foi socorrido por terceiros até o hospital leônidas melim, nesta cidade de Barras-PI, onde o noticiante foi examinado e constatado a existência de raio-x do joelho direito sendo constatada fratura, sendo encaminhado para o HUT hospital de urgencia de Teresina-PI, onde foi submetido novamente a raio-x do joelho direito sendo constatada fratura, sendo submetido a cirurgia do joelho fraturado, quando fechando e liberado, era a que linha a declarar.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2661967
ACEITE DE POL. CIA

JOSE BARBOSA SANTIAGO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegacia de Pátria