

Controle de docum x Controle de docum x Tribunal de Justiça x PJ Acesso 1º Grau - P x Consulta processo: x 0800591-21.2020.8 x Download file | iLo x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=418787&ca=7c66b43900f9d535641293b97800bdb4017e... ☆

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

PJE ProceComCiv 0800591-21.2020.8.18.0140 GLAUCO GOMES VIEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO D...

9032191 - CONTESTAÇÃO (2707253 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 30/03/2020 09:35:11

30 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9032187 - CONTESTAÇÃO
 - 9032191 - CONTESTAÇÃO (2707253 CONTESTACAO 01)
 - 9032495 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2707253 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9032503 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9032504 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9032507 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

09:35

downloadBinario.seam 1 / 10

2707253- CS/ 2020-01233/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

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

Processo: 08005912120208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf 0826881-44.2018....pdf PROTOCOLO.pdf 0825269-71.2018....pdf Exibir todos x

PT 09:35 30/03/2020



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

Processo: 08005912120208180140

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 **GLAUCO GOMES VIEIRA**, 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 **14/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/07/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190430255	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA	Data do acidente: 14/04/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 16/07/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG 6,7 E 9). ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 **14/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCO GOMES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000107393-0

Nr. da Autenticação 4237127AD670EF96

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.

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

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; e

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 citação⁶.

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 ação⁷

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.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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

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

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.

⁷ art. 1º. (...)

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 25 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 gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GLAUCO GOMES VIEIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08005912120208180140.

Rio de Janeiro, 25 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCO GOMES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000107393-0

Nr. da Autenticação 4237127AD670EF96

COMPANHIA ENERGIA DO PARANÁ
Av. Marquês 759 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.540.746/0001-91 Insc. Estadual: 8.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - SA - 8-1
Regime especial de Imposto de Renda - Lei 9.250/96

Nº da Nota Fiscal 023634305

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de dezembro de 2002.

01/01/2019	02/07/2019	154	132,37
------------	------------	-----	--------

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 CENTRO
CPF: 00059287125326
CEP: 64.002-470 TEREZINA

ROT: 17 01 31 11 020100

Atual:	13221	25/06/2019
Anterior:	13067	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	25/07/2019
Consumo Medido:	154	24/06/2019
Consumo Faturado:	154	25/06/2019
	FCAM	

Consumo Faturado: 154 kWh Valor da Energia: R\$ 132,37

Class/Subclasse	Localização	Número Medidor	Posto	Código Fis.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	VRNO	A1484335		1.1.1.1	160

Mês/ano consumo	Consumo	Valor
MAI/19	140	11,41
ABR/19	143	2,15
MAR/19	153	4,92
FEV/19	204	2,18
JAN/19	133	
DEZ/18	136	
NOV/18	160	
OUT/18	138	
SET/18	174	
AGO/18	126	

TARIFA DE TRIBUTOS:
R\$ 154 - R\$ 11,49

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0700 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 03 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos pagamentos efetuados
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL: 26AL 502E 27C7 A255 0005 C311 090C 1DE6

Distribuição:	27,81	Base de Cálculo:	132,37	103,25
Energia:	53,75	Alíquota/CM:	22,62%	
Transmissão:	2,09	Valor do CM:		29,12
Encargos:	4,45	Valor do ETC:	1,45%	1,45
Instituições:	37,27	Valor do COFINS:	6,41%	6,70

	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
	0,00			0,00			0,00

ROT: 17 01 31 11 020100

COMPANHIA ENERGIA DO PARANÁ
Av. Marquês 759 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.540.746/0001-91 Insc. Estadual: 8.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051867

TOTAL A PAGAR - R\$

153,03

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

02/07/2019

Nº da Nota Fiscal: 023634305 FCAM

83660000001 9 53030017000 4 000000000051 3 85700619008 8



SEQ.: 00143 UC: 0051867-0 DT. LEIT.: 25/06/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 13221 NORMAL TOTAL: 153,03 CARGA: 010
DT. VENC.: 02/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Terezina-PI

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

Central de Atendimento (para consulta sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 322 81 93 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Ismael de Jesus dos Santos

RG nº 357 2741, data de expedição 01/10/13

Órgão SSP Piauí, portador do CPF nº 061 707 353-84

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Alex Diniz, nº 1694

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Glauco Gomes Viúira, cujo o condutor era

Glauco Gomes Viúira

Veículo: Moto Modelo: Fan 150 Ano: 2014

Placa: PID 0725 Chassi: 9C2KC1680ERS76731

Data do Acidente: 15/04/18

Local e Data: 08/07/2018

Ismael de Jesus dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Trigueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (081) 3213-0188 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: Declaração de Sinistro de Seguro DPVAT

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ISMAEL DE JESUS DOS SANTOS DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 08/07/2019. www.tjpi.jus.br/portalextra. Selo: AAD59674-9AR1

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Eml: 3.85 TJ: 0.77 FMMP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 303
DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina-PI



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

NOME DO PACIENTE: Glauco Gomes Vieira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 366440

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

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

Nome: GLAUCO GOMES VIEIRA	Prontuário: 366440		
Mãe: MARIA HELENA GOMES VIEIRA	Pai:		
End. Resid.: AV GIL MARTINS 1848 - REDENÇÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 09/05/1985	Idade: 33a11m5d	Sexo: Masculino	Fone: 86-3229 -2731
Responsável: GLAUCO GOMES VIEIRA	CNS: 700302996228032		
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: nao informado		
G. Instrução: Não alfabetizado	E.Civil: Solteiro(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 716926	Entrada: 14/04/2019 10:21:05	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve história Clas. Risco: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM TÍBIA DIREITA SEGUE COM DOR E EDEMA LOCAL. SAT 9% G:15		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 14/04/2019 10:26:16

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM MID, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA

Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:
(1194685) - PERNA DIREITA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: / / HORA:

Assinatura do paciente ou responsável
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409
LEOCÁDIO SOARES DA SILVA
CRM-PI 4468 Em: 14/04/2019 10:35:59

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

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

CID:



Fundação Municipal de Saúde



MÉDICO ASSISTENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENF. OU AP LEITO

NOME DO PACIENTE

GLAUCO GOMES VIEIRA

CLÍNICA

Ortopédica

PRONTUÁRIO

366440

DATA/HORA
CÓDIGO

14/04/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES / ALERGIAS

1 DIETA ZERO

2 SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24H

3 DIPIRONA 1G EV DIL 6/6H

5 TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H

6 TRAMADOL 100MG DIL EV 8/8H

7 OMEPRAZOL 1 AMP EV 1X DIAS

8 SV + CG

9

(11:20)

Dr. [2023] [01/01/19]
ORTOPÉDICA / INJUNTOLOGIA
CRM-PI 4468 - TCO 12.886

Kassia Junqueira Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Fundação Municipal de Saúde



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	EN.F. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
GLAUCO GOMES VIEIRA	366440	Ortopédica			
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES / ALERGIAS		
14/04/19					
1	DIETA ZERO				
2	SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24H				
3	DIPIRONA 1G EV DIL 6/6H				
5	TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H				
6	TRAMADOL 100MG DIL EV 8/8H				
7	OMEPRAZOL 1 AMP EV 1X DIAS				
8	SV + CG				
9					

Kassia Juliana Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 68804
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Leocádio Soares
Ortopedia / traumatologia
Cra-14-1488 - TEOT 1093

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVKT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**236960****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **GLAUCO GOMES VIEIRA**6 - Prontuário: **366440**7-CNS: **700302996228032**8-Nascimento: **09/05/1985**9-Sexo: **Masculino**11-Mãe: **MARIA HELENA GOMES VIEIRA**12-Fone: **86-3229 -2731**13-Resp: **GLAUCO GOMES VIEIRA**14-Cor: **Preta**End: **AV GIL MARTINS 1848 - REDENCAO - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA D

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

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

EX FISICO + RX

-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prin:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO28-Cod.Proced.: **27-Procedimento Solicitado:****0408050500****TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA**

Tempo SUS

4

29-Clinica:

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

02**01**

CPF

892.673.703-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LEOCÁDIO SOARES DA SILVA**14/04/2019****Dr. Leocádio Soares**
CLÍNICA / TRAUMATOLOGIA
R. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

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:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LEOCADIO)

Consulta Local: 716926

Consulta SUS:

Impressão: 14/04/2019 10:59:58

Elizangela de Costa Sales Bezerra

**COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**[illegible]

Data: 14/04/19

KASSIA ANTONIO PINHEIRO DE OLIVEIRA
Matrícula: 69804
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

responsável pelo Preenchimento



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 15 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-420 Teresina-PI
--

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	3-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236960

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GLAUCO GOMES VIEIRA	6 - Prontuário: 366440
7-CNS: 700302996228032	8-Nascimento: 09/05/1985
11-Mãe: MARIA HELENA GOMES VIEIRA	9-Sexo: Masculino
13-Resp: GLAUCO GOMES VIEIRA	12-Fone: 86-3229 -2731
15-Ender: AV GIL MARTINS 1848 - REDENCAO - CEP: 64000-010	14-Fone: 86-3229 -2731
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31-Cod.Procedi-mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Soli-cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA	

38-Profissional Responsável: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Leocádio Soares ORTOPEDIA / FISIOTERAPIA CRM-PI 4408 - TEOT 12409 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 14/04/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 892.673.703-91	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OSTEODISINTOMIA DE TÍBIA

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) CONFIRMAÇÃO ORIGINAL LANTONIO EURIVAN	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/04/19

NOME DO PACIENTE: <u>Glauco Gomes Vieira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>366440</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Leocádio</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Dr. Bergiete Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Bergiete Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Augusta</u>	CPF Nº:



MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ALCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Escovas</u>	unid	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elisângela</u>		02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Regina</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>Elisângela</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

GRAUO Gomes Vitoria

Diagnóstico pré-operatório

FRAT. DIAF. TIBIA (D)

Operação - Tipo

RAFI

Cirurgião

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEUT 12409

1º Assistente

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

2º Assistente

3º Assistente

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3349

Instrumentador(a)

Anestesiista

José Roberto

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

14/2/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Lavagem em SDA, ash antiseptico com MDS pastado.
- 2) Anestesia + bloqueio Antisseptico com tempo 10 min.
- 3) Incisão antero-medial + dissecção + RAFI com placa DEP inferior e superior.
- 4) FMC com SDO, 5% e fixação por placa antipadrão.
- 5) Curativo e antisséptico com BPD.
- 6) A SDA

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEUT 12409

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE <u>Glauco Gomes Vieira</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>14/04/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de Tibia</u>					FÍSICOS <u>ASA II</u>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	5:30 6:30				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38					
P. ARTERIAL V. O PULSO	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
SEQUÊNCIA PI

2) 13 4 2086, 14/04/19 + e
3) 13 4 2086, 14/04/19 + e
4) 13 4 2086, 14/04/19 + e
5) 13 4 2086, 14/04/19 + e
6) 13 4 2086, 14/04/19 + e
7) 13 4 2086, 14/04/19 + e
8) 13 4 2086, 14/04/19 + e
9) 13 4 2086, 14/04/19 + e
10) 13 4 2086, 14/04/19 + e
11) 13 4 2086, 14/04/19 + e
12) 13 4 2086, 14/04/19 + e
13) 13 4 2086, 14/04/19 + e
14) 13 4 2086, 14/04/19 + e
15) 13 4 2086, 14/04/19 + e

Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa
MÉDICO
CRM-PI 6248

Elaine Januário Gomes F. Silva
Maurício F. Silva
SABE - 11114
CONFERE CCM



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **017.997.373-81**

Nome: **GLAUCO GOMES VIEIRA**

Data de Nascimento: **09/05/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **05/02/2004**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **09:33:38** do dia **16/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3A30.2EA9.398A.4FBB**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0501401

Keylly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430255 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG 6,7 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

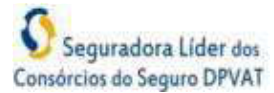
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239815/19

Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA

CPF: 017.997.373-81

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAUCO GOMES VIEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

GLAUCO GOMES VIEIRA : 017.997.373-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430255

Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCO GOMES VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430255 Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

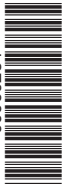
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00507/00508 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14576264

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.997.373-81 4 - Nome completo da vítima: Glaucio Gomes Vianna

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

5 - Nome completo: Glaucio Gomes Vianna 6 - CPF: 017.997.373-81
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Gil Martins 9 - Número: 5809 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mucamba/Tabuleto 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.019-630
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5606 013 CONTA: 107393 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou descendente (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Teresina, Piauí, 15.07.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Glaucio Gomes Vianna

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Kely Moura de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU

DATA: 08/07/2019

HORA: 08:44:50

TERMINAL: 20041026

CONTROLE: 200410260066

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1506, 013.00107393-0

NOME: GLAUCO GOMES VIEIRA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002564/2019-63

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 09/07/2019 - 12:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DR. OTTO TITO, Nº:

Complemento

534981

Data/Hora

14/04/2019 - 10:00

Bairro

REDENÇÃO

Ponto de Referência

HUT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GLAUCO GOMES VIEIRA

RG: 369146244 SP

Mãe: MARIA HELENA GOMES VIEIRA

Endereço: RUA BARROSO, Nº 1838

Bairro: VERMELHA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG150 FAN ESDI, PLACA PID-0725-PI, COR PRETA, RENAVAL 1045049791, PROP. DE ISMAEL DE JESUS DOS SANTOS, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 366440). TESTEMUNHA: CICERO SARMENTO PEREIRA, AV. IND. GIL MARTINS, 1949-TABULETA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.



Narceiza De Maria Chato Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Glauco Gomes Vieira
GLAUCO GOMES VIEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.997.373-81 4 - Nome completo da vítima: Glaucio Gomes Vieira

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

5 - Nome completo: Glaucio Gomes Vieira 6 - CPF: 017.997.373-81
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Gil Martins 9 - Número: 5809 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mocauba/Tubulota 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PIAUI 14 - CEP: 64.059.630
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAL ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5606013 CONTA: 1073930
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, e o dispor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(v)nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Teresina, Piauí 15.07.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Glaucio Gomes Vieira

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Kelly Moura de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):