

Controle de docum x Audiências x Tribunal de Justiça x PJE Acesso 1º Grau - P x Consulta processo: x 0817711-14.2019.8 x Download file | iLo x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=267043&ca=8ef638e639cb5c80641293b97800bdb4017e8...

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

PJE ProceComCiv 0817711-14.2019.8.18.0140
EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9032520 - CONTESTAÇÃO (2707254 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 30/03/2020 09:41:09

30 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9032517 - CONTESTAÇÃO
 - 9032520 - CONTESTAÇÃO (2707254 CONTESTACAO 01)
 - 9032523 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2707254 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9032524 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9032525 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9032527 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

09:41

downloadBinario.seam 1 / 10

2707254- CS/ 2020-01234/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

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

Processo: 08177111420198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

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

PT 09:41 30/03/2020



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

Processo: 08177111420198180140

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 **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA**, 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 **22/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/10/2018**.

Cumprе 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

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.

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;

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			 Administradora de Seguros DPVAT	
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190008502	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA	Data do acidente: 22/09/2018	Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 07/01/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50
ESPECIALISTA				

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.

AUSÊNCIA DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

REQUISITO PARA SER BENEFICIÁRIO DO PRÊMIO DO SEGURO DPVAT

Aduz o Autor que faz jus ao Seguro DPVAT, em razão de ser vítima de acidente de trânsito, ao qual, SUPOSTAMENTE, lhe acarretou em invalidez permanente.

Ora, as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDO PERICIAL** atesta que a lesão apresentada é apenas uma lesão recuperável, o que, por certo, não pode ser considerado INVALIDEZ PERMANENTE OU INCAPACIDADE PARA O TRABALHO.

Em verdade, o Autor tenta ludibriar o juízo, no intuito de enriquecimento sem causa, pleiteando verba indenizatória graduada em percentual indenizatório superior ao devido para o membro lesionado.

Com efeito, da análise das circunstâncias fáticas narradas, e das provas produzidas não há que se falar que o Autor padeça de incapacidade laboral, motivo pelo qual não faz jus a indenização como pretende.

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 **22/09/2018**. 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:	10/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000070716-3

Nr. da Autenticação 4F28A7C765694670

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 parciais³.

³RECURSO 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

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 STJ⁴.

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)**.

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.

⁴**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.”

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 pátrios⁵, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

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

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.

⁵“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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

⁷art. 1º. (...)

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

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.

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 cursam 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 **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA**, em curso perante a 2ª **VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08177111420198180140.

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Helio Lima de Andrade,
RG nº 1788129 PI, data de expedição 03/10/09
Órgão SSP, portador do CPF nº 645 702 073 91, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Eng. Alves de Noronha, nº 3409
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Omerson Lucas Lima Pereira cujo o condutor era
Raimundo Cesar Marques de Araujo

Veículo: Agele
Modelo: Chevrolet Agele
Ano: 2011
Placa: N15 2268
Chassi: BAGCN48X0BR148389
Data do Acidente: 22-09-2018
Local e Data: Av. Marechal de Castilho Branco
Teresina 27/10/18

Helio Lima de Andrade
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SÁBIO PEREIRA
RUA LIDANDRO NOGUEIRA, 1221 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0800) 5221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriomanejo.com.br
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: HELIO LIMA DE ANDRADE, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 02/09/2018, Emol.: R\$ 71
TJ: 0,74 Selos: R\$ 26,71 Selos: R\$ 37816 (F788F77)
JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada
☐ Tabelão ☒ Escrevente autorizado





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF		Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome				15 Sexo
Tipo de Ocorrência	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vitima				20 Meio de locomoção
	21 Outra parte envolvida				22 Equipamentos de segurança
Exame Físico	23 Glasgow = 15				24 Sinais Vitais
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				27 Pulso
	28 Sangramento				29 Dor
Hospital de Destino	30 Fratura				31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	35 Observações Interdisciplinar				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
CEP: 64.002-470

Glauco Rocha e Silva
MÉDICO
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Emerson Lucas Lima Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489.225

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**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



Imp: 23/09/2018 00:00:58

(User: PATRICIA RESQUITA)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA		Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA	
End.Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: SEGURANÇA		CPF: * RG: -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SANG	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não	CID Secundário: V499

DADOS CLÍNICOS:

Acidente urbano de acidente automobilístico (carro-x-carro). Não possui consciência.

A - não possui lesões

B - Desalinhamento

C - GNF, abdome moles, pelvis intacta

D - Pupila (miódria) e (obscureza), cefálica

E - Cortes na boca, dolo, escarregos, dos maxilares inferiores

PA X mmHg

Pulso:

FC:

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex Ambulatório 2 / Ortopedia

Glauco Rocha e Silva
Médico
CRM PI 7110

ALTA:
☐ Melhorado
☐ Curado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Administrativa
☐ Por Indisciplina
☐ Por Evasão

☐ Retornar à Unid. Origem:
☐ Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: :

ÓBITO:

☐ Até 24 Hs
☐ De 24 a 48 Hs
☐ Após 48 Hs

DESTINO:
☐ Família
☐ IML
☐ Anat. Patol.

☐ Internação na Unidade
Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Carimbo Assinatura Profissional - BE

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 23/09/2018 00:00:58

(PATRICIA MESQUITA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA		Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: SEGURANÇA		Documento:	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Concubinato	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/09/18	ESPECIALISTA: <i>Ortopedia</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Do - braço D e para o apoiar a perna. Ao exam. Edema e dor - braço D. Manuseio OK</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :*Rx: fratura com**CD. Interferir p/*
curar.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / :	ESPECIALISTA: <i>Dr. Cláudio Mesquita</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT****CONTEUDO NAO VERIFICADO**

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Rua Dr. Otton Tito 1620 Redenção - Fone: 86.3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-710 CRRJ: 05.553.917/0022-62

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 15224 - Em: (26/09/2018)

Interação: Prontuário: Paciente: CLÍNICA: Enfermaria: Leito: Médico Assistente:

223444 489225 EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA Polv: Ontop. Med: 235 Excl. Diagnóstico/Comorbidades:

Evolução: Hora: 4 mo (day) 10 8:50 Alergias: Diagnóstico/Comorbidades:

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação (Código)	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL. Tipo LIVRE, ☒ Alimentação: 2 ONCOLOGIA CIV 432								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SOMO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (4 mo)	1,00	Frasco	EV	12/12h				Paciente admitido de procedente do posto de atendimento de dia. Queixas: dor abdominal, náusea, vômito, febre, orientado, póvico.
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Amplola	EV	12/12h				Queixas: dor abdominal, náusea, vômito, febre, orientado, póvico.
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Amplola	EV	6/6h				Queixas: dor abdominal, náusea, vômito, febre, orientado, póvico.
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				Nega alergia a medicação.

Observações Gerais: 1. Insuficiência renal crônica. 2. Sinais de desidratação.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

15.00 - RA = 150 x 100
RA = 30,8°C Fev 2018

CONFIRMAR COM O GERENTE
SALA 101
MATERIAL DE
HISTÓRIA CLÍNICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/09/18

NOME DO PACIENTE	Emerson Luis Lima Pimp	PRONTUÁRIO Nº:	489225
DIAGNÓSTICO:	Fratura Ombro Distal	CIRURGIA:	Rast e Placa
ANESTESIA:	BPB	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	LEANDRO	CPF Nº:	167 786 998-41
AUXILIAR:	Dr. Leandro Ponce de Al	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Pena	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SINISTROS			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				DPVAT			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				CONTEUDO NAO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				02 JAN. 2019			
ALCOFIL				GENTE SEGURADORA S.A.			
MONONYLON 2.0	03			Rua Coelho de Resende, 465 Loja C			
FITA UMBILICAL				Centro - Norte CEP: 64.002470			
VICRYL 0	02.			ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: laiz			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Emerson Luiz Lima Pinheiro</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura malfeita do osso da</i>		
Operação - Tipo <i>RTH cl. plav e neuroma</i>		
Cirurgião <i>LEANDRO</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>27.9.18</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
<i>Grande dificuldade técnica em</i> <i>manter o volume do buge e do</i>		
Acidente Durante a Operação <i>complexidade do fratura.</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada a RTH
limpeza e anti-sepsia; comp. do
fratura lateral; desbridamento
do osso do osso radial
limpeza e redução do fratura
haveria cl. plav e neuroma
suturas p. plav
curativos

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-112608

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN, 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome:	EMERSON LUCAS LIMA DE MENEZES	Prontuário:	459225	Data:	27/07/18
Sexo:	(X) Masc. () Fem.	Idade:	38a	Peso:	80,5 kg
Procedimento(s) proposto(s):				Apto?	
Fratura de úmero				(X) Sim () Não	

ANAMNESE

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias | (X) Sim | () Não |
| 2 - Patologias respiratórias | () Sim | (X) Não |
| 3 - Antecedentes patológicos | () Sim | () Não |
| 4 - Convulsão | () Sim | () Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico | () Sim | () Não |
| 6 - Transfusão sanguínea | () Sim | () Não |
| Uso de medicação | () Sim | () Não |
| 8 - Alergia | () Sim | () Não |
| 9 - História familiar de complicações anestésicas | () Sim | () Não |

OBESIDADE GRAU 2 (IMC = 37)
CEZ 4 MEZ SINUS BRILHANTE 2 MENSUAIS
ETILISMA SOLTA

EXAME FÍSICO

PA: 150/90	Pulso: 110 () arritmico	Mallampati: (1) (2) (X) (4)
1. Respiratório	(X) Normal () Alterado:	
2. Cardiovascular	() Normal (X) Alterado: taquicardia	
3. Neurológico	(X) Normal () Alterado:	
4. Abdome	(X) Normal () Alterado:	
5. Vias aéreas	(X) Possível VAD	
6. Extremidades	(X) Normal () Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG: TAQUICARDIA SINUSAL, ST SINAL, PRX Tórax		
ECO: NE 25 ALTA		

ASA: 15 Anestesia proposta: () Geral () Outro: GLOBOLETA DE ALCOOL 0,05% + 56 mg

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:

Dr. Alvaro Fagundes de C. Melo
Médico Anestesiologista
CRM-PA 5386 / RQE 2836

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

0-2 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-700



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redação - Fone: 36 3216 3443
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Frontusário: 488225)
 Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685632
 Requisição: 676353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1085540 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 23/09/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura oblíqua no terço distal do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

Vera Rios Araujo
VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 35 3212 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Prontuário: 488225)
 Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223444
 Requisição: 877762 Solicitação: 27/09/2018 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
 Controle: 1087358 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 247

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 27/09/2018

BRACO DIREITO

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura oblíqua no terço distal do úmero, fixada por placa metálica.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018


 VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.523-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 86 3218 3443
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Prontuário: 488225)
 Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685632
 Requisição: 876353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1085539 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 25/09/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

Vera Lucia Rios Araujo
VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Keylly Moura de Oliveira
0501401 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008502 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008502 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGÍVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Emerson Lucas Lima Pereira
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 3205306
 CPF: 030.347.883-05
 Profissão: Vigilante
 Endereço: R. Jose Marques da Rocha N: 3447 B. Mineira
 Cep: _____
 Telefone: (86) 994729591

OUTORGADO:

Nome: Keylly mouro de oliveira
 Estado civil: Solteira
 CPF: 839.502.303-00
 Profissão: Corretor (A)
 Endereço: R: vinte e quatro de janeiro n:554 bairro: Centro THE-PI
 CEP: 64.018-650
 Telefone: (86) 9.9472-9591 / (86) 9.8807-7870



Pelo presente instrumento particular da procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o 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 pericia medica e solicitar reagendamento, podendo sublevar e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vitima Emerson Lucas Lima Pereira
Terezina - Pireni 30.10.18

LOCAL DATA

Emerson Lucas Lima Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)

Cartório
Thermodados
Cartório

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANA LUIZ GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LUIZ ANDRÉ NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (066) 3221-2888 - E-mail: atendimento@cartoriopereira.com.br

RECONHECER POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 30/10/2018.
Encl.: 03.71, 04.74, 05.71, 06.71, 07.71, 08.71, 09.71, 10.71, 11.71, 12.71, 13.71, 14.71, 15.71, 16.71, 17.71, 18.71, 19.71, 20.71, 21.71, 22.71, 23.71, 24.71, 25.71, 26.71, 27.71, 28.71, 29.71, 30.71, 31.71, 32.71, 33.71, 34.71, 35.71, 36.71, 37.71, 38.71, 39.71, 40.71, 41.71, 42.71, 43.71, 44.71, 45.71, 46.71, 47.71, 48.71, 49.71, 50.71, 51.71, 52.71, 53.71, 54.71, 55.71, 56.71, 57.71, 58.71, 59.71, 60.71, 61.71, 62.71, 63.71, 64.71, 65.71, 66.71, 67.71, 68.71, 69.71, 70.71, 71.71, 72.71, 73.71, 74.71, 75.71, 76.71, 77.71, 78.71, 79.71, 80.71, 81.71, 82.71, 83.71, 84.71, 85.71, 86.71, 87.71, 88.71, 89.71, 90.71, 91.71, 92.71, 93.71, 94.71, 95.71, 96.71, 97.71, 98.71, 99.71, 100.71

JUDITE DE LACERDA Escrevente Autorizada

☐ Tabela ☐ Escrevente autorizado

3º OFÍCIO

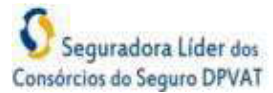
NOTAS 9986 1225 1986

de Facilitação
Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Assessoria Técnica
Registro e
Poder Judiciário

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
ABK 42045

Cartório Thermo e Notas
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Assessoria Técnica

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001401/19

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF: 030.377.883-05

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF de: Próprio

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

EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA : 030.377.883-05

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: 02/01/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190008502

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 030.377.883-05 Nome completo da vítima: Emerson Laurens Lima Pereira

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

Nome completo: Emerson Laurens Lima Pereira CPF: 030.377.883-05

Profissão: Segurante Endereço: Rua José Marques da Rocha Número: 3477 Complemento: _____

Bairro: Memória Cidade: Terexina Estado: Pernambuco CEP: _____

E-mail: _____ Tel. (DDD): 186 994729591

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0023 013 CONTA: 90716 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo de Resposta 465, Loja C, apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua da República, 465 - Loja C
CEP: 64.002-470 - Terexina - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: Terexina - Pernambuco 20.12.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003806/2018-55

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 31/10/2018 - 15:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

495525

Data/Hora

22/09/2018 - 23:20

Bairro

PRIMAVERA

Ponto de Referência

PONTE DA PRIMAVERA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3205306 SSP PI

Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA

Endereço: RUA JOSÉ MARQUES DA ROCHA, Nº 3384

Bairro: BUENOS AIRES

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO COMO PASSAGEIRO DE UM VEÍCULO I/CHEVROLET AGILE LTZ, COR PRATA, PLACA NIS-2268-PI, DE PROPRIEDADE DE HELIO LIMA DE ANDRADE E CONDUZIDO POR RAIMUNDO CÉSAR MARQUES DE ARAUJO, QUANDO SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL FIAT UNO QUE INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 489225); QUE, HOVE PERÍCIA NO LOCAL. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima Cordeiro
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Emerson Lucas Lima Pereira
EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 030.347.883-05 Nome completo da vítima: Emerson Laureas Lima Pereira

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

Nome completo: Emerson Laureas Lima Pereira CPF: 030.347.883-05

Profissão: vigilante Endereço: Rua José Marques da Rocha Número: 347 Complemento: _____

Bairro: Memorare Cidade: Terexina Estado: Pernambuco CEP: _____

E-mail: _____ Tel. IDDI: 1861 994729591

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0023 013 CONTA: 70716 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Terexina - Pernambuco 20.12.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF		Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome				15 Sexo
Tipo de Ocorrência	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima				20 Meio de locomoção
	21 Outra parte envolvida				22 Equipamentos de segurança
Exame Físico	23 Glasgow = 15				24 Sinais Vitais
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				27 Pulso
	28 Sangramento				29 Dor
Hospital de Destino	30 Fratura				31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	Observações Interdisciplinar				

Recente intimo de colisão entre veículos com trauma contuso em antebraço. Evolui com dor, deformidade e limitação de movimento. Consciente, orientado.

CONFERE COM O ORIGINAL
Márcia R. Santos
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Glauco R. Silva
MÉDICO
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Conductor

**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



Imp: 23/09/2018 00:00:58

(User: PATRICIA MESQUITA)
(Estação: RECEPCAO01)**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA		
End. Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: SEGURANÇA	CPF: * RG: -		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Concubinato		
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V499		

DADOS CLÍNICOS:

Acidente urbano de veículo automotriz (carro). Não produziu lesões.

A - sem lesões visíveis

B - sem lesões visíveis

C - BNF, abdome macio, sem lesões visíveis

D - Pupila (3mm) e (3mm) e (3mm), corneais

E - sem lesões visíveis, sem lesões visíveis

PA X mmHgPulso: FC: Temp.: CID:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex. Ambulância 12 / Dr. Co
Ortopedia

ALTA:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Melhorado | ☐ Administrativa |
| ☐ Curado | ☐ Por Indisciplina |
| ☐ Inalterado | ☐ Por Evasão |
| ☐ A Pedido | |

☐ Retornar à Unid. Origem:☐ Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: : :

ÓBITO:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Até 24 Hs | ☐ Família |
| ☐ De 24 a 48 Hs | ☐ IML |
| ☐ Após 48 Hs | ☐ Anat. Patol. |

DESTINO:☐ Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura Profissional - BE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS**DPVAT****CONTEUDO NÃO VERIFICADO****02 JAN. 2019****GENTE SEGURO S.A.**Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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: 10/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000070716-3

Nr. da Autenticação 4F28A7C765694670

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 012526278

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	26/10/2018	151	137,35

MARINILDE RODRIGUES DE LIMA
R. JOSE MARQUES DA ROCHA 3447 3384 MEMORARE
CPF: 00081488777349
CEP: 64.009-100 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		KWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5514		Atual:	18/10/2018
Anterior:	5363		Anterior:	18/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	20/11/2018
Consumo Medido:	151	FCAM	Emissor:	17/10/2018
Consumo Faturador:	151		Apresentação:	18/10/2018

Forma de Faturamento	NORMAL	Código de Impedimento	Diário de Consumo
----------------------	--------	-----------------------	-------------------

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pól.	Méda 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	---------------

RESID - BAIXA RENDA	MIXTO	ALISSSS11			151
---------------------	-------	-----------	--	--	-----

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
SET/18 175		50 A R\$ 0,286649 =	8,59
AGO/18 173		70 A R\$ 0,491412 =	34,39
JUL/18 145		51 A R\$ 0,737111 =	37,59
JUN/18 170		CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)	7,00
MAI/18 138		DIFERENÇA DE TARIFA	45,36
ABR/18 164		SUBVENCAO BAIXA RENDA	32,88
MAR/18 160		DESC. S/MULTA PARCELAM. ESPECIAL	0,41
FEV/18 155		DESC. S/JUROS PARCELAM. ESPECIAL	4,44
JAN/18 132		DESC. S/COR. MON. PARCELAM. ESPECI	1,80
DEZ/17 175		CANC. DESC. S/JUR. PARCELAM. ESPEC	8,88
		CANC. DESC. S/COR. MON. PARCELAM. E	3,60
		CANC. DESC. S/MUL. PARCELAM. ESPEC	0,82
		CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,31
		MULTA POR ATRASO 09/18-00	2,76
		PARCELAMENTO DE DEBITOS 11/60	27,12
		JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	0,46

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

REGIME DE BAIXA RENDA - 0000 E PAGAMENTO VENCIMENTO 18/10/2018
Prazo: Até o dia 17/10/2018, não constataremos atrasos em relação
ao seu contrato. Caso contrário,



RESERVAÇÃO AO FISCO C342.3873.BDFD.62A9.472D.5689.FC31.1880

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	20,04	Base de Cálculo:	125,93
Energia	49,51	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão	7,79	Valor do ICMS:	27,70
Encargos	7,89	Valor do PIS:	1,24
Tributos	34,70	Valor do COFINS:	5,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMC		DMR	
	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral
Limite	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03			
Realizado	0,00			0,00			0,00			

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR: 137,35

FCAM

0650979-7

012526278

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9

02 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

MÊS FATURADO: 10/2018

VENCIMENTO: 26/10/2018

**Águas de
Teresina**

CNPJ 27.157.474/0001-00
Av. Brasil, 1505 - Vitória - CEP: 64013-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 35 / (86) 98124-3199

TO 1.37
20181004110748

MATRICULA 13428373-2
NATURA Nº 152908410
MÊS / ANO 10/2018

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

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

LOCALIZAÇÃO
001-00044-000060

GRUPO 001
NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO	LIDO	RETURADO
MÊS / ANO TIPO	01	10
05/2018 Lido	01	10
06/2018 Lido	01	10
07/2018 Lido	01	10
08/2018 Lido	01	10
09/2018 Lido	02	10
10/2018 Lido	03	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 04/09/2018 125
ATUAL 04/10/2018 126

CONSUMO MÊS M3 10
LIT 12,7418014
PS. N308 9,77x1,50Lx 8,65
COPIN 39,77x7,50Lx 3,82

TABELA DE TARIFAS

RESIDÊNCIA	TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$)
10	2.651,0 50
20	4.948,0 50
30	8.530,0 50

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA NATUREZA
VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51
> Residencial-Normal 10,0 m3 26,51
VALOR DE ESGOTO - 13,26
> Residencial-Normal 10,0 m3 13,26

NÃO RESID. INICIAL
TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$)

VENCIMENTO 16/10/2018
TOTAL A PAGAR 39,77

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM(AM) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
ODOR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
PH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:07

TO 1.37 20181004110748

**Águas de
Teresina**

MATRICULA 13428373-2

NATURA Nº 152908410
MÊS / ANO 10/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emerson Laucas Lima Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030.377.883-05 do sinistro de DPVAT cobertura Trouxaluz da Vítima
Emerson Laucas Lima Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.377.883-05, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Touros</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>	

Touros - PI, 20 de 12 de 18
Local e Data

Keylly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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