

Audiências x Upload x Controle de x Tribunal de x PJe Acesso 1º x PJe Consulta pr x PJe 0836761-26 x Sistema CN x Baixar o art x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=408959&ca=142f650c67caf9f99045d3f484afad1cd5e511e...

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

**PJe** ProceComCiv 0836761-26.2019.8.18.0140  
AILTON ALVES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

9077911 - CONTESTAÇÃO (2709177 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/04/2020 11:15:21

01 Apr 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9077909 - CONTESTAÇÃO
  - 9077911 - CONTESTAÇÃO (2709177 CONTESTACAO 01)
  - 9077912 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2709177 CONTESTACAO Anexo 02)
  - 9077913 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 9077914 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 9077915 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 11

2709177- CS/ 2020-01344/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08367612620198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf

Exibir todos

PT 11:15 01/04/2020



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI**

**Processo:** 08367612620198180140

**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 **AILTON ALVES DE OLIVEIRA**, 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 **15/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/06/2019**.

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\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais)**, 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **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, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>“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\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais)**, 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.

#### **BANCO DO BRASIL**

##### **COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000510044936-1

Nr. da Autenticação 6B8D75932B76EC3B

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\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais), 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 15/05/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais).

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 parciais<sup>4</sup>.

---

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

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

1º pododáctilo esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

2º pododáctilo esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho  
Médico  
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

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 STJ<sup>5</sup>.

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.

<sup>5</sup>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."

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\$ 2.025,00 (DOIS MIL E VINTE E CINCO REAIS)**.

### **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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

---

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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

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, 23 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                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **AILTON ALVES DE OLIVEIRA**, em curso perante a 6ª VARA CÍVEL da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08367612620198180140.

Rio de Janeiro, 23 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



AGUAS DE  
TERESINA

CNPJ 27.887.574/0001-04 - IE 155945273  
Av. Prof. Carlos Filipe, 1360 - São José Saneamento - CEP 64090-000 - Teresina - PI  
Telefone: 0600 723 2000 ou 123 / (66) 98124-3199

TC 1.02  
2019052811364

13370928-9

151656829  
5/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR MARIA DAS NEVES ALVES DE OLIVEIRA  
RUA FRANCISCO MAGNOLIA, 2155 - STA MARIA DA  
CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64012-470

LOCALIZAÇÃO  
018-00042-001040  
GRUPO  
018  
NÚMERO DO HIDRÔMETRO  
A98C019413

| HISTÓRICO DE CONSUMO |        |     |           | ECONOMIAS - CATEGORIAS / TPO TARIFA |  |
|----------------------|--------|-----|-----------|-------------------------------------|--|
| MÊS/ANO              | TPO    | LDO | FEITURADO |                                     |  |
| 04/2019              | Medida | 00  | 18        | 1 Residencial - Normal              |  |
| 03/2019              | Medida | 00  | 14        |                                     |  |
| 02/2019              | Medida | 00  | 13        |                                     |  |
| 01/2019              | Medida | 00  | 18        |                                     |  |
| 12/2018              | Medida | 00  | 18        |                                     |  |
| 11/2018              | Medida | 00  | 18        |                                     |  |

| DATA                | LEITURA | CONSUMO MÊS (M³) | VALOR |
|---------------------|---------|------------------|-------|
| ANTERIOR 26/04/2019 | 599     | 10               | 28,45 |
| ATUAL 28/05/2019    | 599     |                  |       |

| TABUA DE TARIFA                                                                                                                                                                                                                                                           | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|--------------|----|---------------|----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|------------------------------|-------|----------------------|---------|
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>RESIDENCIAL</th><th>FAIXA DE CONSUMO (M³/MÊS) E DÍG</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>18 2,8450 50</td></tr> <tr> <td>10</td><td>29 5,1660 100</td></tr> <tr> <td>20</td><td>99999 9,1500 100</td></tr> </tbody> </table> | RESIDENCIAL                      | FAIXA DE CONSUMO (M³/MÊS) E DÍG | 0 | 18 2,8450 50 | 10 | 29 5,1660 100 | 20 | 99999 9,1500 100 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th><th>VALOR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VALOR REFERENTE AGUA - 28,45</td><td>28,45</td></tr> <tr> <td>&gt; Residencial-Normal</td><td>10,0 m³</td></tr> </tbody> </table> | DESCRIÇÃO | VALOR | VALOR REFERENTE AGUA - 28,45 | 28,45 | > Residencial-Normal | 10,0 m³ |
| RESIDENCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               | FAIXA DE CONSUMO (M³/MÊS) E DÍG  |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                                         | 18 2,8450 50                     |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                        | 29 5,1660 100                    |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                        | 99999 9,1500 100                 |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |
| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                 | VALOR                            |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |
| VALOR REFERENTE AGUA - 28,45                                                                                                                                                                                                                                              | 28,45                            |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |
| > Residencial-Normal                                                                                                                                                                                                                                                      | 10,0 m³                          |                                 |   |              |    |               |    |                  |                                                                                                                                                                                                                                   |           |       |                              |       |                      |         |

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO (M³/MÊS) E DÍG

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO  
Nossos Arquivos acusam 1 Débito(s). Atenção - Sujeito a Corte.  
Procure a Loja de Atendimento.

NOTIFICAÇÃO  
Tudo bem, não há nenhuma pendência de pagamento. A água é fornecida normalmente. Não há nenhuma pendência de pagamento. Não há nenhuma pendência de pagamento.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LÍBRE       | 2380                | 2339                     | 41                          | 1,42        | 0,2-5,0 mg/L    |
| COR APARENTE      | 2383                | 2168                     | 215                         | 8,87        | Inferior a 15   |
| PH                | 1865                | 1538                     | 327                         | 6,27        | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ          | 2384                | 2273                     | 111                         | 2,85        | Inferior a 5    |
| DOLIFORMES TOTAIS |                     |                          |                             |             |                 |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS    | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| ESQUECIMENTOS | 660                 | 656                      | 4                           | Ausência    | Ausente         |
|               | 660                 | 660                      | 0                           | Ausência    | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 28/05/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:38

J CORRETORES  
DE SEGUROS

05 AÇO 2019

DPVAT

TC 1.02 2019052811364

AGUAS DE  
TERESINA

| INDICADORES DE CONTINUIDAD | DIC    |            |        | EJC    |            |        | BMC    | DCEB   |
|----------------------------|--------|------------|--------|--------|------------|--------|--------|--------|
|                            |        |            |        |        |            |        |        |        |
|                            | Manual | Transmisor | Antena | Manual | Transmisor | Antena | Manual | Manual |
| Continuidad                | 0,05   | 0,00       | 0,00   | 0,03   | 0,00       | 0,00   | 0,03   |        |
| Continuidad                | 0,00   |            |        | 0,00   |            |        | 0,00   |        |

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 99.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Fernando da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-123/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALTON ALVES DA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 040-626-623-96

do sinistro de DPVAT cobertura Invalida-2 da Vítima ALTON ALVES DA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 040-626-623-00, 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 Tranvânia Feitosa 212 casa</u> | Número: | <u>23</u>       | Complemento: | <u>casca</u>         |
| Bairro:   | <u>Angeli Brasil</u>                  | Cidade: | <u>Tenésima</u> | Estado:      | <u>P.</u>            |
| E-mail:   |                                       |         |                 | CEP:         | <u>64012-095</u>     |
|           |                                       |         |                 | Tel.(DDD):   | <u>85-99498.2980</u> |

Local e Data: Tenésima 01-08-2019

**CORRETORA  
DE SEGUROS**

Antonio Fernando da Silva  
Assinatura do Declarante

05 AGO 2019

**DPVAT**

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou, entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 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 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Erlane Oliveira Pinto

RG nº 2.779.862, data de expedição 15/08/13

Órgão SSP. PI, portador do CPF nº 040.844.533.58

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

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

Rua Paul D'ARCO AD-5.2 Bairro Parque Brasília, nº 10

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

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

AILTON ALVES DA OLIVEIRA, cujo o condutor era

AILTON ALVES DA OLIVEIRA

Veículo: MOTO Modelo: Honda / Pop. 110I Ano: 2017

Placa: PER. 9473 Chassi: 9C2JB0100H2251745

Data do Acidente: 15/05/2019

Local e Data: 17/06/2019

J CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

Maria Erlane Oliveira Pinto

Assinatura do Declarante

DPVAT

Assinatura do Condutor

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

Cartório  
TERESINA  
Sampaio

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Liberdade Seguradora, 1225 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 2221-0110 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br  
Titular: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA ERLANE OLIVEIRA PINTO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: AAD21809-XLC7  
[www.tjpi.jus.br/portalejtra](http://www.tjpi.jus.br/portalejtra)

Kátia Gardênia da Silva Santos  
KATIA GARDÊNIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA  
Rm01:3,85 TJ:0,77 FMDP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - 09:58  
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO TERECISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Kátia Gardênia da Silva Santos  
Escrevente Autorizada  
Teresina, PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELCO  
DIGITAL



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE:

Milton Alves de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

217128

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".



**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULAÇÃO**

|                                      |                                                                                 |                                            |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO: 620481986</b>        | <b>Nº REGULAÇÃO: 73816</b>                                                      | <b>TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL</b> |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>  | 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES |                                            |
| <b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> | 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT          |                                            |
| <b>LEITO:</b>                        | ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                          |                                            |
| <b>PACIENTE:</b>                     | AILTON ALVES DE OLIVEIRA                                                        | <b>NASCIMENTO:</b> 11/03/1989              |

**DADOS CLÍNICOS**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ACIDENTE DE MOTO APRESENTA FRATURA, LUXAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM PODODACTILOS DIREITOS ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DE OUTRO ARTELHO

**COMORBIDADE:**

**PRESSÃO ARTERIAL:** 130x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 87bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 14rpm

**GLICEMIA:** 140mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

DICLOFENACO

**DATA:** 15/05/2019 06:37:11

Dr. Wainer Lopes de M. S. Faria  
Médico

CRM-PI 3244

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

Handwritten signature and stamp

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.911/0022-02

Oliveira

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

Imp: 15/05/2019 09:13:44

(Usuário: ANTONINO NETO)

(Estação: CONSULTAS)

|                                                                                                    |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Nome:</b> AILTON ALVES DE OLIVEIRA                                                              | <b>Prontuário:</b> 217128               |
| <b>Mãe:</b> MARIA DAS NEVES ALVES DE OLIVEIRA                                                      | <b>Pai:</b> FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO |
| <b>End.Resid.:</b> RUA FRANCISCO MAGNOLIA 2155 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-040 |                                         |
| <b>Nascimento:</b> 11/03/1989                                                                      | <b>Idade:</b> 30a2m4d                   |
| <b>Sexo:</b> Masculino                                                                             | <b>Fone:</b> 86- 6829-1092              |
| <b>Responsável:</b> AILTON ALVES DE OLIVEIRA                                                       | <b>CNS:</b> 8980D3479551094             |
| <b>Profissão:</b> CAPISTEIRO                                                                       | <b>Documento:</b> RG: 2919879 - SSP-PI  |
| <b>G. Instrução:</b> Médio Completo                                                                | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)             |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                                                         |                                     |                        |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 721736                                                                                   | <b>Entrada:</b> 15/05/2019 08:56:03 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0321060061 |
| <b>Motivo da Procura</b><br>Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS                                                        |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                       |                       |             |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------|
| <b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> | <b>Classificação:</b> | <b>Cor:</b> |
|                                       |                       | Indefinido  |
| <b>Breve História Cias. Risco:</b>    |                       |             |
|                                       |                       |             |

|                      |                       |                        |               |            |                 |
|----------------------|-----------------------|------------------------|---------------|------------|-----------------|
| <b>SSVV:</b>         | (Hora: ____:____)     |                        |               |            |                 |
| <b>Peso:</b> 0,00 Kg | <b>Altura:</b> 0,00 M | <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 | <b>Pulso:</b> | <b>bmp</b> | <b>Pressão:</b> |

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

Vítima de acidente motociclístico.

Sem alterações no exame físico. Com luxação e fratura exposta em pé esquerdo.

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

OPVAT

**Diagnóstico Inicial:**

?

OBs: Luxação na por  
aberto no sah  
da girar.**Exames Complementares:****Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA  
CRM 4330 Em: 15/05/2019 09:13:42



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/05/19

|                   |                          |                |                        |
|-------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| NOME DO PACIENTE: | Ailton Alves de Oliveira | PRONTUÁRIO Nº: | 217128                 |
| DIAGNÓSTICO:      | Angioma hemangioma E+    | CIRURGIA:      | LMC Angioma Hemangioma |
| ANESTESIA:        | Dr. Henrique             | Nº DA SALA:    | 02                     |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Cláudio Nogueira     | CPF Nº:        |                        |
| AUXILIAR:         | Residente: Lucas         | CPF Nº:        |                        |
| ANESTESIA:        | Ruige                    | CPF Nº:        |                        |
| INSTRUMENTADORA:  | Geracy                   | CPF Nº:        |                        |

CORRETORA  
DE SEGUROS

## MATERIAL DE CONSUMO

05 AGO 2019

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 715          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 742          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 10     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 100    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | —      |       | PVPI TÓPICO          | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA         | ML     | —      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 02     |       | SERINGA 20CC         | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC         | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 20     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      |       | SERINGA 3CC          | UNID.  | 01     |       |
| FORMOL                  | ML    | —      |       | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  | —      |       |
| JELCO Nº                | UNID. | —      |       |                      |        | 03     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA          |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON               | 2-0   | 02     |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:          |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                      |        |        |       |

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|                          |                         |                                     |                                   |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> | Órtese e prótese - OPME           |
| <input type="checkbox"/> | Diária de UTI           | <input type="checkbox"/>            | Fatores de Coagulação             |
| <input type="checkbox"/> | Diárias de Acompanhante | <input type="checkbox"/>            | Gasoterapia                       |
| <input type="checkbox"/> | Hemoderivados           | <input type="checkbox"/>            | Nutrição Parenteral / Enteral     |
| <input type="checkbox"/> | Díalise / Hemodíalise   | <input type="checkbox"/>            | Procedimento fora da faixa etária |
| <input type="checkbox"/> | Albumina Humana 20%     | <input type="checkbox"/>            |                                   |

SECRETORIA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº AIH: OPMAT  
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

Fratura exposta de 2° PDE. fixado  
com 1 FK 1,5

Dr. Lucas Araújo  
MÉDICO  
CRM-PI 7144

DATA:

15/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

|                                                                                   |                                      |                                                                                                          |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | FICHA DE ANESTESIA                   | FUNDÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE<br>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA<br>SERVIÇO DE ANESTESIA |                     |
|                                                                                   | Nome: <u>ALTON ALVES DE OLIVEIRA</u> | Sala: <u>2</u>                                                                                           | Alergia: <u>NÃO</u> |
| Procedimento: <u>Cesariana por C</u>                                              |                                      | Cirurgião: <u>Cláudio</u>                                                                                |                     |
| Observações: _____                                                                |                                      |                                                                                                          |                     |

| Agentes                   | Unid | 15   | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|---------------------------|------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 <u>Bupivacaína 0,5%</u> | 1    | 15mg |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 2 <u>Morfin</u>           | 1    | 20mg |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 3 <u>Kefzol</u>           | 2    | 2g   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 4 <u>Rapibolm</u>         | 1    | 10mg |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 5 <u>Oxycodona</u>        | 1    | 10mg |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 6 <u>Opiora</u>           | 2    | 2g   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 7 <u>Bupropi</u>          | 1    | 10mg |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 8 <u>Bexid</u>            | 1    | 10mg |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 9                         |      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 10                        |      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11                        |      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 12                        |      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 13                        |      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Oxigênio                  |      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| AR/N2O                    |      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Volatil                   | %    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Acesso Vascular**

☒ Periférico 1152

☐ Cat. Venoso nº 25 G

☐ Dificuldade acces. venoso

Gastos 2 cateteres

☐ Central \_\_\_\_\_

**Via Aérea**

☐ Cateter nasal

☐ IOT nº \_\_\_\_\_

☐ LMA nº \_\_\_\_\_

**Monitorização:**

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros \_\_\_\_\_

**Anestesia:**

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

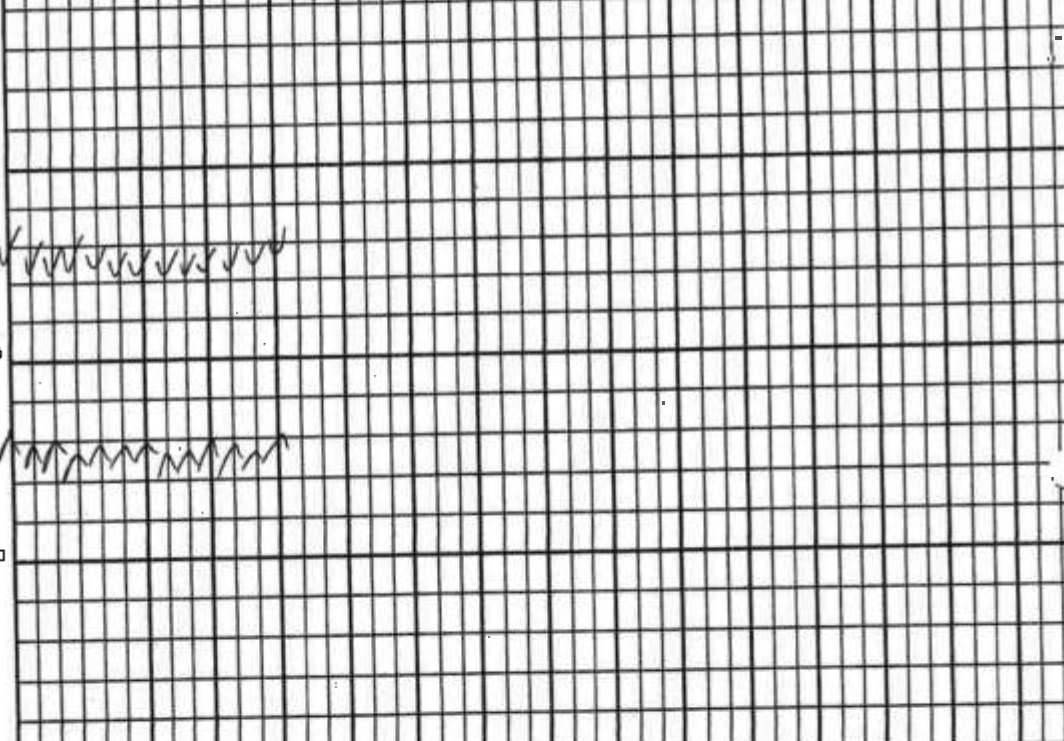
☒ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros \_\_\_\_\_

**Decúbito:** D54



|                   |                    |    |    |    |
|-------------------|--------------------|----|----|----|
| SPO2 (%)          | 99                 | 99 | 99 | 99 |
| ETCO2 (mmHg)      |                    |    |    |    |
| Acas. Venoso      | 1x 100 + 100 + 100 |    |    |    |
| Acas. Venoso      |                    |    |    |    |
| Diurese           |                    |    |    |    |
| Perdas Sanguíneas |                    |    |    |    |

Descrição da Anestesia: 1) Indução propofol + curar aut. 2) Monitorização 3) Raqui-anestesia: 1152 e Opiora 4) Agulha 5) ERG

6) Curar 7) 100mg 8) 100mg 9) 100mg 10) 100mg 11) 100mg 12) 100mg 13) 100mg 14) 100mg 15) 100mg 16) 100mg 17) 100mg 18) 100mg 19) 100mg 20) 100mg

Dr. Henrique Henrique  
Médico Anestesiologista  
CRM-PI: 15072 / RQE: 2811  
Anestesiologista

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Silton Alves de Oliveira*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura exposta 1. e 2. PDE*

Operação - Tipo *LMC + Dr. Angulo Natanael E + Internúcleos 2. PDE*

Cirurgião *Dr. Claudio Nozueira* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *15/05/19*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*Perfurando a membrana do Natanael E + 11  
perfurando a 2. PDE com externos perfurando a perfurando  
interna.*

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. P.P. - D.D. com agulha
2. Agulha + Internúcleos 2. PDE com externos
3. LMC com agulha + S.F. 9.1.
4. Regulagem com agulha Natanael E +
5. Internúcleos 2. PDE 1 F. 1.5
6. Suturas + Curativos

*Dr. Claudio Nozueira*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PA 321 CRM-MA 937  
SBOT 1289



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

JOSEANE

|                                                           |                                                                                 |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|-------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Adilson Alves de Oliveira</i>      |                                                                                 | PRONTUÁRIO<br><i>217/28</i> | CLÍNICA<br>Ortopédica                                                              | ENF. OU AP<br><i>233</i> | LEITO<br><i>EXT.</i>                                 | MÉDICO ASSISTENTE |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                       | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                               |                             | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM                                                            |                          |                                                      |                   |
|                                                           |                                                                                 |                             | HORÁRIOS                                                                           |                          | OBSERVAÇÕES                                          |                   |
| <i>15/05/19</i>                                           | <i># 201 gastrite aguda 1° e 2°<br/>produzindo pi e 4 amputações<br/>v'pde.</i> |                             | <i>Meio alergia<br/>alerg. amoniacais</i>                                          |                          |                                                      |                   |
| 1                                                         | DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO                                         |                             |                                                                                    |                          | <i>200 SSW P- 81 bpm<br/>PA= 98x62 mmHg</i>          |                   |
| 2                                                         | SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN. <i>cloro 500ml, IV, 12/12h</i>                    |                             |                                                                                    |                          | <i>Célio Roberto C. Nunes<br/>COREN-PA 551628-15</i> |                   |
| 3                                                         | RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H                                           |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
| 4                                                         | CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H                                              |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
| 5                                                         | DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H                                               |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
| 6                                                         | TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H                                             |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
| 7                                                         | TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN                                    |                             | <i>DN</i>                                                                          |                          |                                                      |                   |
| 8                                                         | CURATIVO <i>1x1 dia</i>                                                         |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
| 9                                                         | CCGG + SSVV                                                                     |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
| 10                                                        | <i>Plavix 10mg + 10ml SF 0,9%, IV,<br/>8/8h, re. náusea ou vômito</i>           |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
| <p><i>Dr. Lucas Araújo</i><br/>MÉDICO<br/>CRM-PA 7144</p> |                                                                                 |                             | <p>RAIO-X REALIZADO<br/>DATA <i>4/05/2019</i><br/>Técnico: <i>[assinatura]</i></p> |                          |                                                      |                   |
|                                                           |                                                                                 |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
|                                                           |                                                                                 |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
|                                                           |                                                                                 |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |
|                                                           |                                                                                 |                             |                                                                                    |                          |                                                      |                   |



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

239096

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

6 - Prontuário: 217128

7-CNS: 898003479551094

8-Nascimento: 11/03/1989

9-Sexo: Masculino

RG: 2919879 - SSP-PI

11-Mãe: MARIA DAS NEVES ALVES DE OLIVEIRA

12-Fone: 86- 8829-1092

13-Resp: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA FRANCISCO MAGNOLIA 2155 - SANTA M. CODIFI - CEP: 64000-040

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-040

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma em pé E com protuberância  
1º, 2º PDE (064) Enxugamento lateral E  
Neuromuscular de: lateral 1º peroneo e um  
lateral do delt.

21 - Condições que justificam a internação:

2º PDE com peroneo e um  
lateral do delt.

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID Caus.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

762.451.793-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

15/05/2019

Dr. Claudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 221 CRM-MA 4337  
SBOT 12881

35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

## 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-CROR:

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-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 721736

Consulta SUS:

Impressão: 15/05/2019 11:24:17

Francisca dos Anjos Ferreira dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO  
CARTÃO NACIONAL DE HABITACÃO



**Nome**  
Ailton Alves de Oliveira

**CPF**  
2919873 829 PI

**DTA**  
040.629.623-94

**DTA**  
11/03/1989

**Relação**  
Francisco de Oliveira  
Filho  
Maria das Neves Alves  
de Oliveira

**Formação**  
AC

**Outros**  
AB

**IP**  
06931693700

**Vale**  
17/01/2022

**Validade**  
10/10/2017

**Local**  
Teresina, PI

**Assinatura**  
Ailton Alves de Oliveira

**Data de Emissão**  
19/10/2018

**72059558710**  
**91320679259**

**PIAUI**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1745995204**

**1745995204**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**



**DPVAT**

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

POSSÍVEL PLASTIFICAR

1012050683

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1012050683

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
CORTEIRA NACIONAL DE TRANSITO  
CORTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

ANTONIO FLOREANO DE SOUZA

CPF: 011.204.171-7

DATA NASCIMENTO: 25/01/1964

ENDEREÇO: 247, 229, 123-09

CIDADE: 25/01/1964

OBJETIVO: CANCELAMENTO DE

SOCIA: SOCIA

NOVA: NOVA

SOCIA: SOCIA

DATA DE EMISSÃO: 17/11/2014

DETRAN-SP (RJADT)

6275585439

6714180872

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190462424 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECANICO CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS;ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                         | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 15%       | R\$ 2.025,00          |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 15 %      | R\$ 2.025,00          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190462424 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECANICO CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS;ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**Conduta mantida:**

**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 |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 15%       | R\$ 2.025,00          |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 15 %      | R\$ 2.025,00          |

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE AILTON ALVES DE OLIVEIRA. DOU PE. EM TESTE DA VERDADE. Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: APD21810-PMPS  
www.tjpi.jus.br/portalextra  
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA  
Emcl:3,85 TJ:0,77 PMPS/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - DP:58  
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Kátia Gardênia da Silva Santos  
Escritora Autorizada  
Teresina - PI

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: AILTON ALVES DA OLIVEIRA

RG: 2919879 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 040.625-623-95

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Vendedor

Endereço: Rua Francisco MAGALHÃES Nº 2155

Bairro: Santa Rosa Cep: 64012-470 Cidade/UF: Teresina PI

Telefone: (86) 99527-7492 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa

RG: 989871 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.229.123-00

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo

Endereço: Rua Travassos Feltosa Q- C2 Nº 23

Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-085 Cidade/UF: Teresina - PI

Telefone: (86) 99498-2980 (86) 98112-3310 ( )

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

Vítima: AILTON ALVES DA OLIVEIRA

CPF: 040.625.623-95 Data do Acidente: 15/05/2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

37/06/2019

Local e data

05 AGO 2019

DE SEGUROS

DE SEGUROS

Ailton Alves da Oliveira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265052/19

**Vítima:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 040.626.623-96

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/05/2019

**Titular do CPF:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

### AILTON ALVES DE OLIVEIRA : 040.626.623-96

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](http://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: 05/08/2019  
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA  
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190462424**

Nome do(a) Examinado(a): **AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R FRANCISCO MAGNOLIA, 2155 - STA MARIA - Teresina - PI - CEP 64012-470**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2919879**

Data e local do acidente: [ **15/05/2019** ]

**AV PRINCIPAL DO POTY S/N BAIRRO SANTA MARIA - TERESINA -PI**

Data e local do exame: [ **22/08/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.**

**III.** Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECANICO CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS;ALTA MÉDICA**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

1º **pododáctilo esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( **X** ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

2º **pododáctilo esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho  
Médico  
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

---

**Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462424**

**Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 15/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462424**

**Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 15/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462424**

**Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 15/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.025,00 |

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Recebedor: **AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.025,00**

Banco: **001**

Agência: **000003506-8**

Conta: **000510044936-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 040-626-623-96 4 - Nome completo da vítima: ALTON ALVES DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ALTON ALVES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 040-626-623-96  
 7 - Profissão: ALMOÇO 8 - Endereço: Rua Francisco MAGalhães 9 - Número: 2155 10 - Complemento: 6059  
 11 - Bairro: STA MARIA DA UBI 12 - Cidade: TEMISILVA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-470  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 86-99498-2980

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 3506 8 CONTA: 510.044.936 1  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou herdeiros (vai 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 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 do  
dígito do  
estado 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, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 040-626-623-96 4 - Nome completo da vítima: ALTON ALVES DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ALTON ALVES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 040-626-623-96  
 7 - Profissão: ALMOÇO 8 - Endereço: Rua Francisco MAGalhães 9 - Número: 2155 10 - Complemento: 6059  
 11 - Bairro: STA MARIA DA UBI 12 - Cidade: TEMISILVA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-470  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 86-99498-2980

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 3506 8 CONTA: 510.044.936 1  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou herdeiros (vivos/nascidos)? ☐ 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 do  
dígito do  
estado 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: \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

|                                           |                                                                                 |                                            |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO:</b> 620481986             | <b>Nº REGULAÇÃO:</b> 73816                                                      | <b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>       | 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES |                                            |
| <b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>      | 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IIUT         |                                            |
| <b>LEITO:</b>                             | ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                          |                                            |
| <b>PACIENTE:</b> AILTON ALVES DE OLIVEIRA | <b>NASCIMENTO:</b> 11/03/1989                                                   |                                            |

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ACIDENTE DE MOTO)APRESENTA FRATURA, LUXAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM PODODACTILOS DIREITOS ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DE OUTRO ARTELHO

#### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:** 130x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 87bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 14rpm

**GLICEMIA:** 140mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DICLOFENACO

**DATA:** 15/05/2019 06:37:11

Dr. Wainer Lopes de M. S. Filho  
Médico

CRM-PI 2244

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AÇO 2019

DPVAT

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AÇO 2019

DPVAT

Handwritten signature and stamp

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000510044936-1

---

Nr. da Autenticação 6B8D75932B76EC3B