

Audiô: x | Uploa: x | Contr: x | Tribu: x | Portal: x | Sistê: x | PJ: x | Acess: x | PJ: x | Cons: x | PJ: x | 0800: x | Down: x | Gmail: x | Entra: x | +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=323153&ca=1c008ab5012e1ba760b329ba632cb278129f7...

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

PJE ProceComCiv 0800162-80.2019.8.18.0078
LUIZA AURILENE ROCHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO ...

9239011 - CONTESTAÇÃO (2713279 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/04/2020 11:48:14

14 Apr 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9239487 - CONTESTAÇÃO
 - 9239011 - CONTESTAÇÃO (2713279 CONTESTACAO 01)
 - 9239014 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2713279 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9239016 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9239020 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9239021 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

2713279- CS/ 2020-01577/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Processo: 08001628020198180078

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf | protocolo.pdf | protocolo.pdf | protocolo.pdf | protocolo.pdf | Exibir todos

PT 11:46 14/04/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENCA DO PIAUI/PI

Processo: 08001628020198180078

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 **LUIZA AURILENE ROCHA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/06/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180301714	Cidade: Valença do Piauí	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA	Data do acidente: 14/02/2018	Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.				
Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE TORNOZELO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. REALIZANDO FISIOTERAPIA. DÉFICITS DE FLEXÃO DORSAL (REALIZA 0-15), FLEXÃO PLANTAR (REALIZA 0-20), ABDUÇÃO (REALIZA 0-15) E ADUÇÃO (REALIZA 0-15) DE TORNOZELO ESQUERDO.				
Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.				
Sequelas: Com seqüela				
Data da perícia: 23/07/2018				
Conduta mantida:				
Observações: - NOTA: NÃO ENCONTRO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, RELATO DE FRATURA DO 3º METATARSO DE PÉ ESQUERDO. PACIENTE APRESENTA SEQUELA DE PARALISIA INFANTIL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, QUE FOI AGRAVADA PELA FRATURA.				
Médico examinador: LUANNA MOURA MOREIRA				
CRM do médico: 4718				
UF do CRM do médico: PI				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/02/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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:	30/07/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZA AURILENE ROCHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000010007285-2

Nr. da Autenticação 97A1109FD99ABF4B

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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

- 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,

VALENCA DO PIAUI, 8 de abril 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 **LUIZA AURILENE ROCHA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **VALENCA DO PIAUI**, nos autos do Processo nº 08001628020198180078.

Rio de Janeiro, 8 de abril 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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LUÍZA AURILENE ROCHA

CPF da Vítima

273.269.423-15

Data do Acidente

14/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

x Luíza Aurilene Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LUÍZA AURILENE ROCHA

CPF da Vítima

273.269.423-15

Data do Acidente

14/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

x Luíza Aurilene Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0192158

Data: 14/02/2018

Funcionário: DANRLEY

Registro: 168

Hora: 09:35:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 14

SUS

LUIZA AURILENE ROCHA

Nasc.: 08/04/1963 Idade: 54 ANOS, 10 MESES, 18

Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64300-000

End.: AVENIDA SANTOS DUMONT, 661 -

Bairro: CENTRO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: AMARELA Telefone: (89) 9999-76172

Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA LO

Pai: VALDEMAR PEREIRA LO

Clinica: **ENFERMAGEM**

Documento: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Responsável: LUIZA AURILENE ROCHA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

14/02/2018 9:35 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Audite de fratura (SIC)

Exame clinico/fisico:

Tmna Perna E, com fratura

Diagnostico provavel:

*Completa oblqua 1/3 distal da Fíbula (E)
 e waçãõ pelo corpo -*

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

1) Imobilizaçãõ Perna (E)

Ass. Técnico

2) Imobilizaçãõ 35 de Em (Apm)

3) Reabsorçãõ Osteopédica



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: 30/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZA AURILENE ROCHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000010007285-2

Nr. da Autenticação 97A1109FD99ABF4B

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série R-1
Regime especial de imposto instituído pela 529/2006/90

Nº da Nota Fiscal: 006994029

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

CORTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	19/06/2018	241	228,58

LUIZA AURILENE ROCHA
AV. SANTOS DUMONT 661 S/C CENTRO
CPF: 00027326942315
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUÍ

ROT: 212.750.09.54.068720

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	6828	Atual:	12/06/2018
Anterior:	6587	Anterior:	14/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/07/2018
Consumo Medidor:	241	Emissão:	11/06/2018
Consumo Faturado:	241	Apresentação:	12/06/2018
Consumo Faturado: 241		FCAM	
Tensão: 127V		Fator de Correção: 29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Uso	Número Medidor	Código Fed.	Hólder 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A238508	1.1.1.1	247

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/18	245	CONSUMO	241 A R\$ 0,848765 = 204,55
ABR/18	230	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,53
MAR/18	246	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,53
FEV/18	211	MULTA POR ATRASO 05/18-00	4,03
JAN/18	288	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,94
DEZ/17	339	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,39
NOV/17	301	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,98
OUT/17	226		
SET/17	263		
AGO/17	196		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 241 - 0,520641			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 11/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D47F.CBD7.9C47.B0A0.D944.E680.5D22.A5FA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	39,94	Base de Cálculo:	204,55
Energia:	75,96	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	11,95	Valor do ICMS:	55,22
Encargos:	12,10	Valor do PIS:	1,67
Tributos:	64,60	Valor do COFINS:	7,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	RSC			FIC			DMIC		ESCR
	Atual	Anterior	Anterior	Atual	Anterior	Anterior	Atual	Anterior	Anterior
Ligado	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14		
Desligado	0,00			0,00			0,00		
Consumo	NOVO ORIENTE						04/2018	67,08	

ROT: 212.750.09.54.068720

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)

SEU CÓDIGO	0224660-0	TOTAL A PAGAR - R\$	228,58
MÊS FATURADO	06/2018	VENCIMENTO	19/06/2018
Nº da Nota Fiscal:	006994029	FCAM	

83630000002 0 28580017000 0 00000000224 6 66000613008 8



SEQ.: 00112 UC: 0224660-0 DT.LEIT.: 12/06/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 6828 NORMAL TOTAL: 228,58 CARGA: 003
DT.VENC.: 19/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1581





AGESPISA

Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 15.301.056-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA		Hidrometro		Referência	
1735348-3		A07N381254		JUN/2018	
Nome/Razão Social/Endereço					
JOSE IVAN DE OLIVEIRA					
RIA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187					
VALE VERDE					
VALENCA 64300000					
AG= 71					
Situação		Res.		Categorias de Uso	
3/1		1		Com. Ind. Pub.	
Inscrição		113 2 07 0573 0171-000			
Período de Consumo		10/05/2018 a 09/06/2018			
Bás. Consumo		30			
Histórico de Consumo		Forma de Faturamento			
Mês/Ano		FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO			
12/17		354			
01/18		354			
02/18		354			
03/18		354			
04/18		354			
05/18		354			
06/18		354			
Cód. Razão Social		916181790			
Cód. de Tarifa		01			
Consumo Médio		3			
Consumo		3			
Consumo Faturado		10			

DESCRICO DA FATURA

Cód. Nome do Serviço

ACUA

MULTA IMPONTUALIDADE 001/001

JLROS DE MORA 001/001

MANUTENCAO HIDROMETRO

VENCIMENTO 17/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$ 29,37

CONFIRME LIG. FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30

DÍAS APÓS VENCIMENTO

DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA

26/06/2018

0,57 DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

TERESINA - PI CEP: 64.001-110

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014/2011-MS								
Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxigênio	pH	Ferro	Cálcio	Cloro	Exatidão Cor
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5 a 8,5	0,3	Resíduo	Resíduo	Resíduo
NP Amostras Realizadas								
NP Amostras que Atende Legislação								
Valor Médio	0,51	0,46	0,90	7,17	0,00	0,00	0,00	0,00
Condição	EXCELENTE A QUALIDADE DA ÁGUA, LIG. DE BOM NIVEL DE OCORRÊNCIA							

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANter SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA

ALTERNATIVA: RETIRE VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES

PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA		Inscrição		AG= 71	
Águas e Esgotos do Piauí S/A		113 2 07 0573 0171-000			
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888		Matrícula		Referência	
Res. 1		1735348-3		JUN/2018	
Categorias de Uso					
Com. Ind. Pub.					

VENCIMENTO 17/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

29,65

8.650000000-3 29650001021-7 74574830620-1 1800000001-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800.221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

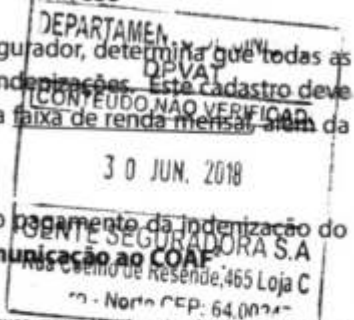
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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



Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.943 / 72,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUÍZA AURILENE NOCHA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LUÍZA AURILENE NOCHA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, 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 ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jose.ivan35@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(89) 994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

José Ivan de Oliveira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800.221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

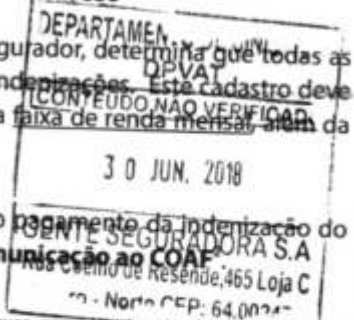
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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



Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.943 / 72,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUÍZA AURILENE NOCHA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
LUÍZA AURILENE NOCHA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.269.423 / 15, 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 ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jose.ivan35@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(89) 994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

VALENÇA-PI, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

José Ivan de Oliveira
Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Ambulatório)

Atendimento: B0192165
Data: 14/02/2018
Funcionario: DANRLEY

Registro: 168
Hora: 09:51:00
Tipo: PROCEDIMENTOS
Sexo: FEMININO

Senha 1

SUS

LUIZA AURILENE ROCHA

Nasc.: 08/04/1963 Idade: 54 ANOS, 10 MESES, 6 DIAS Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64300-000
End.: AVENIDA SANTOS DUMONT, 661 - Bairro: CENTRO Cidade: VALENÇA DO PIAUI/PI
Cor: AMARELA Telefone: (89) 9999-76172 Mãe: MARIA OLINDA PEREIRA LO Pai: VALDEMAR PEREIRA LO

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 98742 - MARIA GENÉSIA CONCEIÇÃO NETO SILVA

Responsável: LUIZA AURILENE ROCHA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

14/02/2018 9:51 0301060100 ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA

Procedimento

Artroscopia

Fíbula (E)



Imobilização

Atende desde 13 de mar

14/02/18

41 Luiza Mendes. Bomfim

"Atestado"

Atento para o dolo de que
o presente documento
de valor do lateral

Atenção de valor do lateral
em que o mesmo

Reservado de 30 (trinta) dias
de pagamento do lateral

(R\$ 5076 + 11%)

73105/2018



Nome: LUIZA AURILENE ROCHA
Requisitante: SAMUEL G. DANTAS ARRAES
Data: 26/02/2018

Nº.: 17210

EXAME: RX DA PERNA ESQUERDA (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fratura oblíqua completa no terço distal da fíbula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a) Leuzia Aurélio Rocha
portador de CPF: 273.263.423-15

~~encontra-se em~~ ^{realiza} tratamento fisioterapêutico no ambulatório de Fisioterapia do
Hospital Regional Eustáquio Portela - Sito à Av. Santos Dumont, SN - Centro
- Valença do Piauí. CNPJ: 06.553.564/0011-00, para reabilitação de fratura
na tíbia (membro inferior esquerdo)

Exame Físico: Presença de edema na região de tornozelo E;
dor à palpação na linha articular de tornozelo
e dor ao movimento do pé E, redução da AM para dorsiflexão.

Exames complementares: Raio X da perna E: fratura distal
completa na tíbia distal da tíbia.



Valença do Piauí, 14 / 05 / 18.

Leuzia Rosana L. C. Camberimba
Fisioterapeuta
CREFITO: 217993-F

Fisioterapeuta



RECEITUÁRIO

Nome: Luiza Aurilene Rocha

Acidente vitima ocidente de trânsito (SIC),
dia 14/02/2018, com Traumatismo em
punha esquerda e fratura completa
obliqua $\frac{1}{3}$ distal da Fibula esquerda e es-
conarado pelo corpo; sendo realizado trata-
mento conservador, alta do tratamento;
dia 20/05/18, com redução da capaci-
dade funcional do membro inferior esquer-
do de aproximadamente 30%, no momento
do exame médico.

Valença do Piauí - PI 13/Junho/2018

Dr. Helder Antonio Medeiros
MEDICO
CRM 2640
CPF: 494.908.183-72



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Rio de Janeiro CEP: 64.000-000

CÓDIGO DE CONTROLE
34BC.87BE.AAF3.6AB2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:44:10 do dia 07/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
273.269.423-15

Nome
LUIZA AURILENE ROCHA

Nascimento
08/04/1963

VALÍDULO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 36.100.495-3 DATA DE EMISSÃO: 10/DEZ/98

NOME: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: IVO TRAJANO DE OLIVEIRA E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

VALÊNCIA DO PIAUI - PI DATA DE NASCIMENTO: 17/SET/1972

VALÊNCIA DO PIAUI/PI

CN: LV.A003/FLS.057V/N.001927

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N.º 7.106 DE 19.09.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GARRIBOLDI

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

11 - NOME: CPF: 64.003.71

Assinatura: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e assinado por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 23/12/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição: 411758243-72

Data de Nascimento: 17/09/72

411758243-72

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013029939250
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00488148235 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017
NOME FRANCISCO ALVES DA SILVA
CPF / CNPJ 06709141349 PLACA OKO-4386

PLACA ANT. / UF OKO-4386 CHASSI 9BG148MH0DC435481

ESPÉCIE TIPO ESP/CAMINHONE/AB/CAB.D COMBUSTÍVEL DIESEL

MARCA / MODELO CHEVROLET/S10 LTZ DD4 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CIL 05P/180CV/OCC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FADIA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

A/FID. BANCO BRADESCO S.A.

CMT 006,00 PBT 003,10

VALENÇA DO PLATI LOCAL 19/06/2017

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

PI Nº 013029939250 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/06/2017
VIA 1 CPF / CNPJ 06709141349 PLACA OKO-4386

RENAVAM 00488148235 MARCA / MODELO CHEVROLET/S10 LTZ DD4

ANO FAB. 2012 CAT. TARE 10 Nº CHASSI 9BG148MH0DC435481

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 071,08

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO 16/06/2017

SEGURO COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Nº 11 - N.º CEP: 64.007-11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180301714 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180301714 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. REALIZANDO FISIOTERAPIA. DÉFICITS DE FLEXÃO DORSAL (REALIZA 0-15), FLEXÃO PLANTAR (REALIZA 0-20), ABDUÇÃO (REALIZA 0-15) E ADUÇÃO (REALIZA 0-15) DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/07/2018

Conduta mantida:

Observações: - NOTA: NÃO ENCONTRO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, RELATO DE FRATURA DO 3º METATARSO DE PÉ ESQUERDO. PACIENTE APRESENTA SEQUELA DE PARALISIA INFANTIL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, QUE FOI AGRAVADA PELA FRATURA.

Médico examinador: LUANNA MOURA MOREIRA

CRM do médico: 4718

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

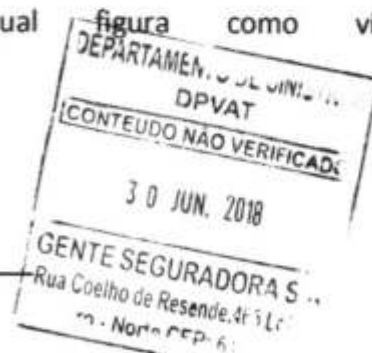
OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>LUÍZA AURILENE ROCHA</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOITEIRA</u>	Profissão: <u>RECUSOU</u>	
RG: <u>935.321</u>	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição <u>12/103/187</u>	CPF: <u>273.269.423-15</u>
Endereço: <u>AV. SANTOS DUMONT</u>		Nº <u>661</u>	Bairro: <u>VALENTIM</u>
Cidade: <u>VALENÇA</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64300-000</u>

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <u>José Ivan de Oliveira</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>Metalúrgico</u>	
RG: <u>36.100.495-3</u>	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição <u>10/12/1998</u>	CPF: <u>411.758.243-72</u>
Endereço: <u>Rua Antonino de Sousa Martins</u>		Nº <u>187</u>	Bairro: <u>Vale Verde</u>
Cidade: <u>Valença</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64300-000</u>

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima

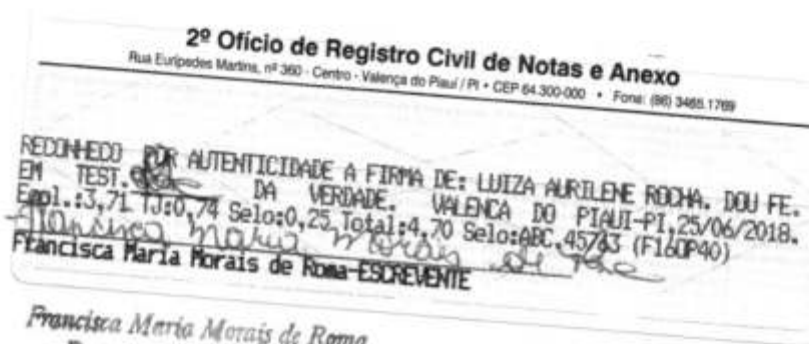
LUÍZA AURILENE ROCHA

Local / data: VALENÇA DO PIAUI-PI 25/06/2018



Luíza Aurilene Rocha

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Francisca Maria Moraes de Roma
Escrivente Autorizada

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZA AURILENE ROCHA**

Nº Sinistro: **3180301714**

Vitima: **LUIZA AURILENE ROCHA**

Data do Acidente: **14/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180301714**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13090138



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA AURILENE ROCHA

Sinistro: 3180301714
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180301714** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Carta nº: 13189739

A/C: LUIZA AURILENE ROCHA

Nº Sinistro: 3180301714
Vítima: LUIZA AURILENE ROCHA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: LUIZA AURILENE ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002761-8

Conta: 000010007285-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3180301714**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIZA AURILENE ROCHA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R SANTOS DUMONT nº 661 - CENTRO - VALENCA DO PIAUI/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 935321 - SSP**
Data e local do acidente: **14/02/2018 VALENCA DO PIAUI/PI**
Data e local do exame: **23/07/2018 PICOS/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA

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

SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. REALIZANDO FISIOTERAPIA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DÉFICITS DE FLEXÃO DORSAL (REALIZA 0-15), FLEXÃO PLANTAR (REALIZA 0-20), ABDUÇÃO (REALIZA 0-15) E ADUÇÃO (REALIZA 0-15) DE TORNOZELO ESQUERDO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE TORNOZELO 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

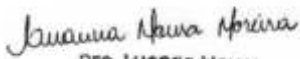
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

NOTA: NÃO ENCONTRO NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, RELATO DE FRATURA D 3º METATARSO DE PÉ ESQUERDO - PACIENTE APRESENTA SEQUELA DE PARALISIA INFANTIL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, QUE FOI AGRAVADA PELA FRATURAS.

Médico Perito: **LUANNA MOURA MOREIRA CRM:4718/PI**


Dra. Luanna Moura
Médica
CRM - 4718

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

273.269.423-15

LUÍZA AURILENE NOCHA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
LUÍZA AURILENE NOCHA		273.269.423-15		NECUSOU	
Endereço		Número		Complemento	
AV. SANTOS DUMONT		661		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
VALENTIM	VALENCIA	PI	64300-000	89994122206	
Email					
jareivon35@hotmail.com					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. BANCO DO BRASIL 001		AGÊNCIA NRO. D/V 2761 8	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V 7.285 0					

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

VALENCIA-PI, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

x Luiza Aurilene Nocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/05/2018 . AUTO-ATENDIMENTO 16.30.23
276172296 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: LUIZA AURILENE ROCHA
AGENCIA: 2761-8 7.285-0

SALDO

LIM	500 DISPONIVEL	
JUROS	11,95	IOF
TX,CH,ESP,CLASSIC	11,82% VENCIMENTO	30.04.2019
QTDE DIAS CHQ ESP		12

DEPARTAMENTO DE JUNTA
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
30 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Nova CEP: 64.007-11



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Certifico e dou fé, que a presente
Cópia confere com o original.
Valença, 25/06/2018
Em testº da verdade
Francisca Maria Moraes de Romo
Tabela Pública
Escrevente Autorizada

593 v. 1.0



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000454/2018-97

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gilberto Lopes Da Silva

Data/Hora: 04/06/2018 - 20:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

AV SANTOS DUMONT PARA O BAIRRO VALENTIM, Nº:

Complemento

VALENTIM

454175

Data/Hora

14/02/2018 - 09:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Nº - Norte CEP: 64.007-100**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: LUIZA AURILENE ROCHA

RG: 935321 SSP/PI

Mãe: MARIA OLINDA ROCHA

Endereço: AV SANTOS DO MOM, Nº 661

Complemento: VALENTIM

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - MOTOCICLETA.

Cor:

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo:

Nº Série:

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - GM.

S10

OKO4386

9BG148M0DC435481

00488148235

Branca

Condutor: LUIZA AURILENE ROCHA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

Proprietário: FRANCISCO ALVES DA SILVA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ PARA REGISTRAR O OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA HS ACIMA MENCIONADO QUANDO ESTAVA DE CARONA E AO CHEGAR EM SUA RESIDENCIA SEM OBSERVA QUE O VEICULO NÃO ESTAVA TOTALMENTE PARADO A MESMA AO DESSE DO VEICULO PISOU EM FALSO E CAIU EM UM BURACO QUE HAVIA NO LOCAL SEM QUE O MOTORISTA PERCEBEU A VITIMA FOI SOCORRIDO POR PAPULARES E LAVADA PARA O HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA EM VALENÇA DO PIAUÍ ONDE TEVE ATENDIMENTO MEDICO ERA O QUE TINA A REGISTRAR.,

Gilberto Lopes Da Silva - Mat. 0414808
AGENTE DE POLÍCIA

x Luiza Aurilene Rocha.
LUIZA AURILENE ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação