

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

Informações do Acidente

Processo: 2013601694

Nome da Vítima: Felipe da Silva Sousa

Local do Acidente: Rua Projetada 02 Bairro: Piauí, Parnaíba - PI

Data do Acidente: 30/11/2012

Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

- I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

- II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Resposta: Membro inferior direito.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: Fratura no joelho direito, tratamento conservador (Sutura)

- III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim Não

- IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

(X) O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Paciente refere dor e dificuldade para movimentar o joelho direito, cicatriz de sutura no joelho direito. refere dificuldade para dobrar o joelho direito.

- V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

- () Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)
- (X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)**

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
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 auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Francisco de Assis Costa Araújo

Registro no CRM: PI 2498

Local do Exame: Parnaíba - PI

Data do Exame: 15/10/2013

Ass. Costa

Dr. Francisco de Assis C. Araújo

Oftalmologista

CRM-PI 2498 - CPF 097842458/17



:MS/DATASUS -

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

No. DO BE: 115285 DATA: 30/11/2012 HORA: 19:57 USUARIO: CRISTIANE
CNS: SETOR: 01 - EMERGENCIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FELIPE DA SILVA SOUSA DOC...:
IDADE.....: 14 ANOS NASC: 24/07/1998 SEXO..: MASCULINO
ENDERECO....: RUA SAO LEOPOLDO ^ NUMERO: 2490
COMPLEMENTO...: BAIRRO: PIAUI
MUNICIPIO....: PARNAIBA UF: PI CEP...: --
NOME PAI/MAE..: RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA /EDIMAR DA SILVA SOUSA
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 863323422
PROCEDENCIA...: PIAUI
ATENDIMENTO...: ACIDENTE TRANSITO MOTOCICLISTA/PASSAGEIR
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA.: [] X mmHg [] PULSO: [] TEMP.: [] Hospitalar [] Data: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA Noite: [] PEDA

SPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

It seien eindeutig derart es handelt sich um
einen perniciösen Typus.

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR



*10040

Dr. Ariosto Ibaopina
CPF 110.737.835-29
CRM - 955

DIAGNOSTICO: Recurso en favor D

CID:

~~SUTURA~~

PRESCRICAO

: HORARIO DA MEDICACAO

Alayor do not feed us

DO ORTOPEDISTA: PODEMOS COME
PREDIZER OS CONCORRÊNCIAS NO REGISTRO
TÉCNICO DO FOGO? → O BOM FOGO

DATA DA SAÍDA: / **Setor:** /
ALTA: **DESAFIA MEDICA** [] **A PEDIDO**
CENTAURO VIEIRA **INDEPENDENCIA CAMINHADO AO AMBULATORIO**
INTENCAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

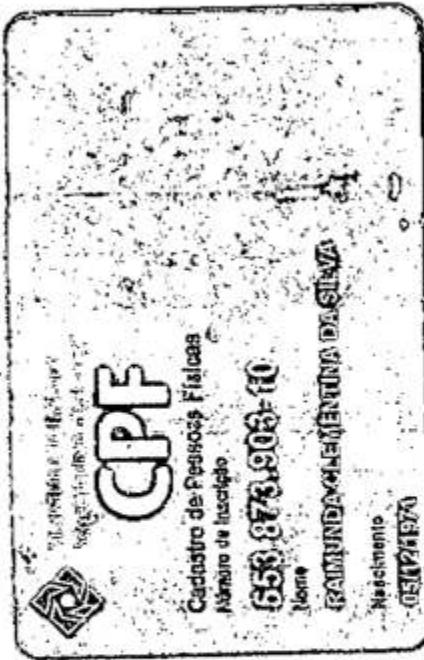
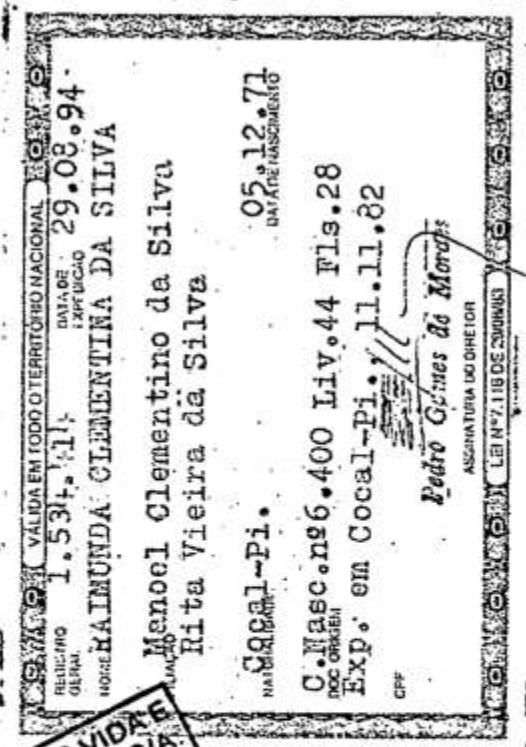
HORA DA SAÍDA: 10:00 AM - SANTOS
DR. JOSÉ LIMA DE SANTOS
ESTADUAIS
Ortopedista Tribunais

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE)

DBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IMI [] ANAT- PATOLOGIA

~~Assinatura do(a) paciente/responsável~~

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



1004037

(86) 9406 5365

9935 9635



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



DPVAT - RJ



Número: 069.953.543-38
Nome: FELIPE DA SILVA SOUSA
Nascimento: 26/07/1998
Valido somente com comprovante de identificação

DETRAN-PI SISTEMA INTEGRADO DE RECURSOS DE TRANSITO 08/07/2013
 PRODEPI Consulta Completa Veiculos - BASE LOCAL 11:19:02
 Dados do Proprietario Atual/Processo
 Proces.: 0120120139144 Dt.Entra.: 02/08/2012 Dt.Processamento.: 03/08/2012
 Nome : JAMES AUXILIADORA ALEXANDRE
 Tip.Doc. 1 CPF/CGC. 06564013388 Reg. Geral: 3616068 UF. EXP.: PI
 Logra: RUA SAO LEOPOLDO Num: 2465 Bairro: PIAUI
 Mun.End. 11533 - PARNAIBA CEP: 64200000 UF.: PI
 Dados do Veiculo
 Motivo : AQUISICAO DE VEICULO
 Placa .: NIL6835 Cod Renavam .: 00230794220 Remarc .: NORMAL Exerc.: 2012
 Cor.: PRETA Ano Fab: 2010 Ano Mod: 2010 Chassi: 9C2JC4120AR093656
 Combustivel .: GASOLINA Marca: 28436 - HONDA/CG 125 FAN ES
 Especie .: PAS Categoria ...: PARTIC Tipo .: MOTOCICLO
 Mun.Emplac. 11533 - PARNAIBA Data Aqs: 01/08/2012
 Estr .: NAO Agregados.: SIM Deb.IPVA: SIM Multas .: SIM Roub/Furt.: NAO
 Dados Anteriores
 Propr.Anterior: CAMILA COSTA VERAS
 Mun.Emplac. 11533 - PARNAIBA

CARTÓRIO BEZERRA

2005.010

Digitized by srujanika@gmail.com

אלברטו מנטז Bezerra

entes Compromissados



Paraná(PI), 31/jul/2013 13:58:19.
R\$ 2,50
28258F23/1
Es testemunha da verdade.
Maria Teresa Mendes Bezerra Lira - Excrecente
Valido sempre com o carimbo do cartório.

1004054

OUTROS



CENTAUR VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.
26 SET. 2013
DPVAT - RJ



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 536081

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa NIL-6835/PI	
Nome da Vítima FELIPE DA SILVA SOUSA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 1 - Transportado	Data Nascimento 24/07/1998	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 069.953.543-38
			Data Ocorrência 30/11/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- () Certidão Nº 013-42 da autoridade policial sobre a ocorrência;
() DUT Nº _____ () _____ () _____
() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____
() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA	Beneficiário	REPRESENTANTE	05/12/1971	64210-540	553.873.903-10

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

26 SET 2013

DPVAT - RJ

R: SENADOR DANTAS , 80 , SL 806 A 808

Centro – Cep: 20031-922

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



Registro de Sinistro

DP.: 111Processo: 13/691694Código: 536081

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO	Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro JANNE RODRIGUES
------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

BO Nº 101302.003065/2013-42	Data BO 12/07/2013	DELEGACIA 2ºDP
--------------------------------	-----------------------	-------------------

Placa NIL-6835/PI	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML
----------------------	--	-----

Nome da Vítima FELIPE DA SILVA SOUSA	Tipo Sinistrado 1 - Transportado	Natureza 2 - INVALIDEZ
---	-------------------------------------	---------------------------

Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 24/07/1998	Tipo de CPF 0 - Possui CPF			CPF da Vítima 069.953.543-38	Data Ocorrência / Hora 30/11/2012 / 19:00
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--	--	---------------------------------	--

Cidade PARNAÍBA	UF PI	CEP 64210-540	Telefones
--------------------	----------	------------------	-----------

Email atendimento@salek.com.br	Qtde.Benef.	Data Óbito	Médico		Valor(INVALIDEZ)
-----------------------------------	-------------	------------	--------	--	------------------

Beneficiários							
Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ	Profissão
RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA		64210-540 RUA SÃO LEOPOLDO 2490	Beneficiário	REPRESENTANTE LEGAL	05/12/1971	553.873.903-10	
RECUSOU INFORMAR				PIAUÍ		PARNAÍBA	PI
Banco: 104 Caixa Econômica Fede	Ag.: 0030	C/P 42836-7		RECUSOU INFORMAR			

Histórico

Data	Usuário	Situação
25/09/2013 15:41:11	MSA LIVIA	Pré-Cadastro não analisado
25/09/2013 15:42:35	MSA LIVIA	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)



Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS , 80 , SL 806 A 808 Centro – Cep: 20031-922

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 536081 e a data de nascimento 24/07/1998 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Raimunda Clementina da Silva, PORTADOR(A) DO RG N° 1.534.414 EXPEDIDO POR SSP EM 29/08/04
 CPF 515.397.139-010 /CNPJ _____ I, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Felipe da Silva Souza. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem de forma nenhuma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 541 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 0030 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 42.836 - 4

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

LOCAÇÃO DE VIDA E
PREVIDÊNCIA SIA
25 SET. 2013

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Raimunda Clementina da Silva

! ATENÇÃO

DPVAT - RJ

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG. Parnaíba
DATA: 12/09/2013 HORA: 09:56:43
TERMINAL: 00301039 CONTROLE: 003010390063

AGÊNCIA: 0030 - Parnaíba
CONTA : 013.00.042.836-7
CLIENTE: RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO		VALOR
DATA	NR. DOC	HISTÓRICO
		SALDO ANTERIOR 0,00
		RESUMO EM 11/09
		SALDO 0,00
		RESUMO DO DIA
		SALDO BLOQUEADO 0,00
		SALDO DISPONÍVEL 0,00
		SALDO TOTAL 0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101302.003065/2013-42

536031

Unidade Policial: 2º DP DE PARNAÍBA

Resp. pelo Registro: Pedro Pereira Do Nascimento Neto

Delatado: ALEXANDRA SANTOS SILVA

Data/Hora: 12/01/2013 - 09:10

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE PARNAÍBA

30/11/2012 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

PARNAÍBA

PIAUI

Endereço

RUA PROJETADA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PRÓXIMO AO CAMPÔ DA COLÔNIA



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: KAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

lpo Envolve: NO HIGIANTE/Noticiente

RG: 1534414

Mae: RITA VIEIRA DA SILVA

Pai: MANOEL CLEMENTINO DA SILVA

Endereço: RUA SAO LEOPOLDO, Nº 2490

Bairro: PIAUÍ

Cidade: PARNAÍBA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATOU QUE COMPARECEU NESTA DELEGIACIA PARA CONSTAR QUE SEU FILHO DE NOME FELIPE DA SILVA SOUSA BRASILEIRO, PIAUENSE, MENOR (14 ANOS), PORTADOR DO RG: 3.832.731 E INSCrito NO CPF: 058.853.543-38, VINHA COMO PASSAGEIRO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2010, DE PLACA NIL-9835, DE CHASSI 9CJU4120JAR09366, ENHALLADO EM NOME DE JAMES AUXILIADORA ALEXANDRE, PILOTA DA E MOMENTO POR JAMES AUXILIADORA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADOS, QUE INAVALOU A PREFERENCIAL DA VITIMA VINDO A COLIDIR COM A MESMA, QUE FELIPE FOU SOCORRIDO PELO SAMU E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL DIRETO ARCOVERDE, ONDE FOI CONSTATADO TRAUMA DE PERNAS DIREITA COM FERIMENTO PROFUNDO NO JOELHO. E O RELATO.



Raimunda Clementina da Silva - Noticiente
Responsável pela Informação

Car. Car.
Bel. Jússes Gomes Júnior
Delegado Geral da Polícia
Civil do Estado do Piauí
Mat. 108.612-X

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 1.534.414 e inscrito no CPF/MF sob o nº 553.873.903-10, residente e domiciliado na RUA SÃO LEOPOLDO Nº 2490, BAIRRO PIAUÍ, Cidade PARNAIBA, Estado PIAUI, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



x Felipe da Silva Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

x Raimunda Clementina da Silva

PARNÁIBA.PI.14 DE SETEMBRO DE 2013.

Local e data



O B.O. N° 101.302.003.065/2013-42, ENTRADO PELO 2º DP DG PMB-PI REBATA QUE NO DIA 30.11.2012, O MENOR FELIPE DA SILVA SOUSA - 15 ANOS SOPREVEU CIDADE DE TRANSITO EM VIA PUBLICA NESTA CIDADE QUANDO TRANSEUVA COMO PASSAGEIRO EM UMA MOTOCICLETA E FOI COLHIDO POR OUTRA MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NÃO IDENTIFICADAS VINDO A CAVAR TENDO PERIMENTO EXTENSO E PROFUNDO COM LESÃO DO LIG. COLATERAL LAT. DOGLHO DIR. A GUERG DO SAMU FEZ O SEU TRANSPORTE ATÉ O HGA ONDE O DR. OSVALDO ORTOPEDISTA, O EXAMINOU E SOLICITOU RX DOGLHO DIR E REALIZOU SUTURA DO FERIMENTO EXTENDO E COLOCOU UMA TAIA GEISADA TIPO TUBO E CHEGOU A ALTA AMBIULATORIA PASSOU 45 (QUARENTA E CINCO) DIAS COM O GEISIO. HOJE APRESENTA DOR, INSTABILIDADE, RIGIDEZ E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO DOGLHO DIR, HAVENDO UMA PERDA DA FUNÇÃO DOGLHO DIR: 60 (CSESSENTA)%. OBTENGU ALTA DEFINITIVA EM 31.07.2013 - X -

Estou ciente das penalidades do Art. 299 do CPB (omitir em documento público ou particular declaração que nele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante “Falsidade Ideológica”).

Parnaíba-PI, 31 de julho de 2014 de 2013.

Dr. Dércio Bastos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1036



CARTÓRIO BEZERRA - 2º. Ofício
Av Presidente Vargas, 164 - Centro - Parnaíba-Pi

Reconheço por semelhanga a firma de DECIO CAVALCANTE BASTOS FILHO.

R\$ 3,00 Fornecimento, 03/06/2013 13:55:33.
07678F23/1 Em testemunho _____ da verdade.
Maria Teresa Mendes Bezerra Lima - Escrevente
Valido soproto com a carioba do cartorio.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

RG nº 1.534.414, data de expedição 29/08/94, Órgão SSP-PI.

CPF nº 553.873.903-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA SÃO LEOPOLDO
Número	2490
Apto / Complemento	
Bairro	PIAUI
Cidade	PARNAIBA
Estado	PIAUI
CEP	64.200-000
Telefone de Contato	(086)9406.5365 (086)3323.4075
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



Local e Data: PARNAIBA.PI.14.09.13.

Assinatura do Declarante: X Raimunda Clementina da Silva





A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

Para contato com a Eletrobras informe seu código

Número N.F. 1.017.987

CÓDIGO ÚNICO



339027-6

03/2013

Ref.: Mês/Ano

03/2013

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ
AV. MARANHÃO, 708, CENTRO/CUSUL - TERESINA - PI
CNPJ 08.843.740/0001-02 - N-FCR, EST. 19.321.33-5
NOTA FISCAL / CONTA DE SEU TRÁFICO ELÉTRICO SÉRIE B-4
Página especial do Instrutor autorizada pela SEFAZ-GO/PI

CLIENTE: EDINAR DA SILVA SOUSA

ENDEREÇO: R. SAO LEOPOLDO 2490 2490 B-URBANO

END. ENTR.

LOCALIDADE: PARNAIBA CEP: 64.000-000

CPF / CPPF (E/RG)

DADOS SOBRE LEITURA

Lerura Atual: 6440	Data da Leitura Atual: 25/03/2013
Lerura Anterior: 6127	Data da Leitura Anterior: 23/02/2013
Consumo Médio: 313	Data da Próxima Leitura: 25/04/2013
Consumo Faturado: 313	Data da Emissão: 25/03/2013
Consumo de Multiplicação: 1	Data da Apresentação: 25/03/2013
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 30 DIAS
Número de Dígitos da Leitura: 5	

DETALHAMENTOS DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe	Ligada	Métrica Medidor	Ponto	Código PEL	Média 12 Meses
RESIDENCIAL	HONOFASICO A1202125		1.1.1.1	249	

ROTEIRO: 161.002.17.40.063500

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO CONSUMO	MES/ANO CONSUMO	MES/ANO CONSUMO	MES/ANO CONSUMO
Fev/2013 217	Dez/2012 247	Out/2012 197	Ago/2012 247
Jan/2013 340	Nov/2012 213	Set/2012 296	Jul/2012 228

ITENS FATURADOS

Tarifa sem Tributos	R\$ 0,362920	CONSUMO 313 kWh a R\$ 0,538217	168,46
CONTRIBUICAO DE ILUMINACAO PUBLICA (COSIP)			20,44
CORRECAO MONETARIA IGPH 12/12-00			1,58
MULTA POR ATRASO 12/12-00			3,31
JUROS DE MORA DE IMPORTE / SERVICOS 12/12-00			3,25

AC.30.11.12

DR. ANTONIO L. ATEN



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013601694 **Cidade:** Parnaíba **Natureza:** Invalidez
Vítima: FELIPE DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 30/11/2012 **Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A **Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda. **CRM do médico:** 2498

PARECER

Diagnóstico: Fratura no joelho direito

Descrição do exame médico pericial: Periciando segue com dor e dificuldade para movimentar o joelho direito, cicatriz de sutura no joelho direito

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes: Comprometimento funcional leve do joelho direito

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 15/10/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Francisco de Assis Costa Araújo

UF do CRM do médico: PI

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	25

Valor avaliado: 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013601694 **Cidade:** Parnaíba **Natureza:** Invalidez
Vítima: FELIPE DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 30/11/2012 **Emissor do parecer:** Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A **Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT **CRM do médico:** 31475-9

PARECER

Data da análise: 12/10/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: A ESCLARECER LESÃO

Resultados depende de exame pericial terapêuticos:

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MARIA TEREZA

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00



BANCO DO BRASIL

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Comprovante do Pagamento - Pag202

31/10/2013



31/10/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:58:30

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: DOC ELETRÔNICO

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT SA

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 23/10/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO: 123456789012

VALOR TOTAL: 843,75

***** TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: RAIMUNDA CLEMENTINA DA SILVA

BANCO : 104 - Banco 104

AGÊNCIA : 003-0

CONTA : 000000428367

=====

Nr. Autenticação: 2.6C1.FCA.600.445.B63