

Audiê: x | Uploa: x | ... Sist: x | Contr: x | Pje: x | Acess: x | Consu: x | 08020: x | Entrac: x | What: x | Tribu: x | Port: x | Down: x | + | - | x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=387892&ica=0bdf77724761e1ae9bbde68f48157... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc... >>

Pje ProceComCiv 0802092-26.2019.8.18.0049 CLEYTON DE SOUSA MOURA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

9721720 - CONTESTAÇÃO (2719316 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/05/2020 14:28:00

15 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9721710 - CONTESTAÇÃO
 - 9721720 - CONTESTAÇÃO (2719316 CONTESTACAO 01)
 - 9721724 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719316 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9721726 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9721727 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9721728 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

14:28

30 Apr 2020

downloadBinario.seam 1 / 10

2719316- CJ/ 2020-01838/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08020922620198180049

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf | manifestação - Lav...pdf | Petição - Maria d....docx | Atualização monet...pdf | Petição - Natália.docx | Exibir todos x

14:29 15/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08020922620198180049

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 **CLEYTON DE SOUSA MOURA**, 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 **20/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/06/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 12/06/2019 após 5 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 20/01/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

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;

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

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)

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

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.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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.

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

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

⁷**art. 1º. (...)**

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ELESBAO VELOSO, 15 de maio 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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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	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 membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CLEYTON DE SOUSA MOURA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ELESBAO VELOSO**, nos autos do Processo nº 08020922620198180049.

Rio de Janeiro, 15 de maio 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

M.S.A.
 Rua Alexandre Nogueira, 1974
 CENTRO - TERESINA - PI
 CEP: 64.142-100/24-08 - I.E. 194445895
 INPJ de Março: 37.421 - 21/0005-11

TIM
BLACK

Página 1 de 1

R\$ 215,73

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 18/04/2019

FATURA: 375919025

CLIENTE: 10040000

CPF/CNPJ: 84530443001

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezada cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 399,90
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 0,00
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,00
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,00

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

CONDIÇÕES

Condições que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/03 a 06/04	299,90
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	Indefinido
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	Indefinido
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Indefinido
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Indefinido
TIM Banco Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Indefinido
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Indefinido

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

POSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 1,01
MS	50%	R\$ 150,00	R\$ 75,00	FUNTEL: R\$ 0,50	
SICORFIS - Serviços Telecom	3,55%				
SICORFIS - Serviços Não Telecom	4,65%				
SICORFIS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Atendimento 011 12 741/2032
 As contribuições ao FUST (3%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Fixado
 (Incluídos no 3º Plano)

Franchising	R\$ 1,349
SVA	R\$ 54,50
Desconto(S) Franchising	R\$ 0,00
Desconto(S) SVA	R\$ 0,00

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de 10% em toda a fatura. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	ABR/2019	07/04/2019	25/04/2019	R\$ 215,73

VIA BANCÁRIA

84610000002 - 1 | 15710109011 - 4 | 00375919025 - 3 | 40121536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?IPD=18&CODIGO=Z9636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da folha 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO 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 ILCÍITAS PREVISTAS NA LFI Nº2.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.391.433, 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cleiton de Sousa Moura inscrito (a) no CPF sob o nº 074.383.403, 03
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Cleiton de Sousa Moura
inscrito (a) no CPF sob o nº 074.383.403, 03 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 Lider-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 Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elzevã Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladumassara@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99988-6008</u>

Local e Data: Elzevã Veloso - Piauí - Pi 18.06.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Albertina Alves Batista

RG nº 826.060, data de expedição 17/05/16

Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 162.387.288-09

com domicílio na cidade de Varzea Grande, no Estado de

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

Rua Ato de dezembro nº 37

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

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

Cleyton de Sousa Moura, cujo o condutor era

Cleyton de Sousa Moura

Veículo: motocicleta Modelo: Honda Biz 125 Ano: 2017/2017*

Placa: PIY-3283 Chassi: 9C2JC48304R506188

Data do Acidente: 10/06/2019

Local e Data: Varzea Grande - Piau - 12.06

Albertina Alves Batista

Assinatura do Declarante

Cleyton de Sousa Moura

Assinatura do Condutor

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

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE VARZEA GRANDE
Praça Manoel Pedroso da Fonseca S/N
CEP: 64.525-000
Fone: (89) 3471-1200
CARTÓRIO ÚNICO
Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Realizado com validade a
Firma de Albertina
Alves Batista e Cleyton
de Sousa Moura
Varzea Grande, 12/06/2019


Antonio Pereira da Silva
Tabelião/Oficial Interino



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CIGERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Cleiton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1996

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC.: ☒

FEM.: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG. 3.886.242

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

2005007090200051

RAÇA/COR:

BRANCA ☐

PRETA ☒

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

PAI:

José Francisco de Moura Silva

MÃE:

Maria Raimunda de Sousa Moura

ENDEREÇO:

Rua Projetada 511º Bairro Novo da Esperança

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 20 / janeiro / 2019

HORA: 2:30 hs. da manhã

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Vítima de queda de motocicleta teve escoriações pelo corpo suspeito de traumatismo craniano, atendido pelo Dr. Almeida feito o exame e soros fisiológicos 0,9% encaminhado para UPA de Oeiras-PI

Maria das Mercês Santos de Sousa
Técnico de Enfermagem
CPF: 150.717.663-35

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
24 JUN 2019
DPVAT

RECEITUÁRIO CONTROLADO ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Unidade de Saúde do Estado do Paraná
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Oxirôy 1523-1333 Telefax: (41) 5523-1323
Idelfonso Ramos, S/N H. de São João

Assinatura do Médico

de Moura S. Junior
Procurador
PI 3671

TE: Clayton de Souza Ramos

EQO:

RQO: C. G. O. M.

C. Fentima 100mg - 10x

Tomar 01 dose 3x ao dia

ante

25/02/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Org. Emissor

UF

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TETONHO FREITAS, 657,00
OIRAS NOVA, OIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P065336 Registro: 34282
Data: 20/01/2019 Hora: 05:54:00
Funcionario: SILVA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 48

SUS

CLEYTON DE SOUSA MOURA

CPF: - RG: 3886242 - CARTÃO DO SUS 200500708800007

Nasc.: 09/12/1996 Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS Profissão:

Civil: CEP: 64525-000

End.: RUA DE ACESSO A VISTA E SILVA, 960 - Bairro: JUREMINHA Cidade: VARZEA GRANDE/PI

Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA Pai: JOSE FRANCISCO DE MOURA

Clínica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

SUS: 200500708800007

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA - O MESMO

Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

20/01/2019 5:54 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
20/01/2019 6:21 0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☒ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO PELA AMBULANCIA DE VARZEA GRANDE, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES EM MMII, ENCAMINHADO PARA SALA VERMELHA, SAPO2= 89% P.A= 60/30MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

20/01/2019 06:21:21

458659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO PELA AMBULANCIA DE VARZEA GRANDE, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, GLASGOW 9-10 ESCORIAÇÕES EM MMII, ENCAMINHADO PARA SALA VERMELHA
SAPO2= 100% COM O2 SOB CATETER NASAL
P.A= 90/60 MMHG

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9399

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS 1
SORO RINGER LACTATO 500 ML - 1 BS
1000 ML EV ABERTO
SONDA VESICAL DE DEMORA 1
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML 1 BS
EV ABERTO
DEXAMETASONA 4MG/2,5ML - 1 1 AMP
AMP + AD EV 1 AMP
TRANXAMIN - 1 AMP + AD EV 1 AMP
LENTO
CATETER NASAL - 3 LITROS 1

COMUNICAÇÃO MÉDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

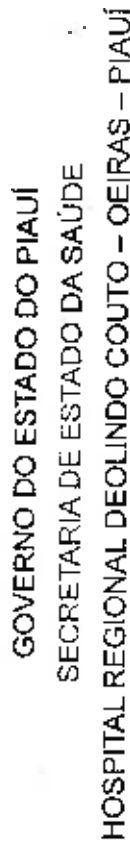
Prontidão 3 amp + ad ev 06:08
EM 06:40 admitido paciente na unidade de
urgência (chegar) aguardando serba

Data: 20/01/2019 Hora: 06:30

Victor Simões
Médico
CRM-MA 9999
CRM-FI 7160

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

CLEYTON DE SOUSA MOURA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 2012, 2013

Paciente: <u>Cleyton da Silva Moura</u>	Leito: <u> </u>	DN: <u>09/12/1986</u>
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
As 06:20, paciente encaminhado para Ambulatório de Urgência grande volume de diurese, notado edematoso, apresentando T.C. 65/35, retorno imediato do nível de consciência, segue em observação em sala de emergência, sob monitorização contínua, realizada tentativa de acesso subcutâneo sem sucesso. SIV anterior, relogado SVD, segue por cuidados. PA = 100/59 mmHg. SPO2 = 100%. P: 1236PM. Francisco Inácio Soares Enfermeiro COREN-PI: 458.659		
As 08:00 Paciente apresenta RNC, após episódio melancólico. T.C. 65/35, retorno imediato em nível de consciência. AVP por RMSS (função normal). Diurese por SVD, de 100 ml. Aguardar médico para liberação do uso HRTN. FC: 108 BPM, SPO2: 100%, FR: 19 RPM. Jamyla Vitoria de Brito Enfermeira COREN-PI: 297.670		

Hospital Regional Deolindo Couto – H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 – CEP: 64.500-000 – Oeiras – PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71

Da Unidade:	UPE CURIAL	Para:	URTN (ECONOMO)
Nome da Pessoa Encaminhada:	ELEYTON DE SOUZA ALBUQUERQUE	Registro	
Motivo do Encaminhamento:	Ferimento de 20 cm de altura de acidente automobilístico com TCE grave, RNC, fratura de fêmur; 1º socorro RN, DA: 200180 - UG - FC - 215. Soluções administrativas e condutas emergenciais e complementares solicitadas (TC de viés)		
Observações:			
20/01/09	Victor Simão Médico CRM-MA 9704	OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde Unidade Mista e Hospitalar local ou regional	
Data	Responsável pelo Encaminhamento		

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Data _ / _ / _	Responsável pelo Encaminhamento _____

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Chelton de Souza Moura

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/01/2019

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
M A N H Ã				
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
T A R D E				
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
N O I T E	<u>Realizado SVP realizado com o</u> <u>uso de: cateter SVP, Lido e Soro, com</u> <u>atuação de procedimento de enfer.</u>		Francisco Thiago Soares Enfermeiro COREN-PI: 458.659	
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

Hora: 19:30

BOLETIM DE ADMISSAO

186681 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

OUTROS - Sexo: MASCULINO - 09/12/1996 - 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA

Enfermaria: N02- NEUROCIRURGIA

Leito: N0202

Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO

Médico: 3488 - CLECITON BRAGA TAVARES

CPF: 071.383.403-03

RG: 3886242/pi

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: PROJETA DA 11, N° 0 - CEP: 64525-000

Bairro: MORRO DA ESPERANCA

Cidade: 2211407- VARZEA GRANDE/PI

Profissão: LAVRADOR

Telefone: (89) 9992-64668

Pai: JOSE FRANCISCO DE MOURA SILVA

Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA - (89) 9992-64668 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Área de Acompanhante:

☐

Sim

☐

Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piora

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TAVARES
FARMACIA - FARM
CONFERE (com o original)
DATA 19/04/2004
ASSIN.

3074-2000
SECRETARIA DE SAÚDE
OFICINA DE PLANEJAMENTO
SAÚDE PÚBLICA

CLECITON BRAGA TAVARES

PACIENTE: 1070188-CLEYTON DE SOUSA MOURA

ENFERMARIA: N02-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0202

ADMISSÃO: 20/01/2019

DIAS INTERNADO: 1

22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21/01/2019 - 10:07:03

Evolução Médica

10:06:04 TCE: HSAI

DESPERTO, DESORIENTADO, EGG+13.

DOR OMBRO ESQUERDO.

PARECER ORTOPEDIA

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	4,00 BOL	EV	06/06H	JA (21/01/19) (16)
DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML 1G INJETÁVEL	1,00 AMP	EV	06/06H	20/01/19 00:00 06/06H
FENITOINA SODICA 5% 50MG/ML	1,00 AMP	EV	08/08H	FAZER 2 ML 1-4000 20/01/19 06/06H
CLORID. DE RANITIDINA 50MG/2ML AMP	1,00 AMP	EV	08/08H	DILUIDA 1-4000 20/01/19 06/06H
TENOXICAM 20MG AMP INJETÁVEL	1,00 AMP	EV	12/12H	18 06/06H
BROMOPRIDA 10MG/2ML	1,00 AMP	EV	08/08H	SOS

Harold - 4x 750 e 500/1 em 12h
SSUV 12/01/19 00:00 06/06H

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 29/04/2022
ASSIN.

1986 - ABIMAELO SOARES DA ROCHA NETO



Requisição de Parecer

Nome <u>Clyton de Sousa Moura</u>		Leito
Médico Consultante <u>CM</u>	N. Do Prontuário	
Médico Especialista <u>NCR</u>		

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

paciente com TCE - HSD leve
+ HSA? melhora do nível
de consciência. Solicito reavalia-
ção de NCR p/ prognóstico do
do SE.

20/01/19

Data

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-PI 8835
CPF: 035.962.413-83

Ass. do Médico Consultante

PARECER

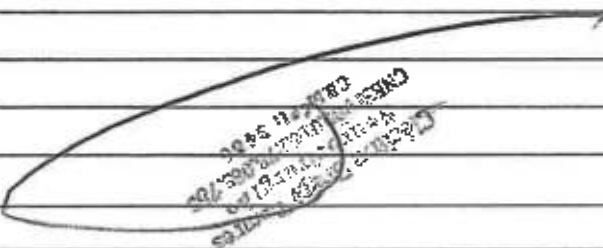
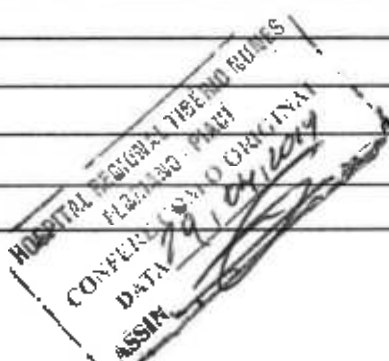
Dr. Aluisio G. S. Neto
20/01/19
PR

- Por deterioração

cl: 13, 22-25-27

Novo SE

CRM-PI 8835 p/ PR



Data

Ass. do Médico Consultante



Requisição de Parecer

Nome <u>Elayton de Sousa Moura</u>		Leito
Médico Consultante <u>[assinatura]</u>	N. Do Prontuário	
Médico Especialista <u>[assinatura]</u>		

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

TCE, subcitrado - com SGA 1000g, 20h
menor.

20.1.14

Data

Ass. do Médico Consultante

Marcio Ribeiro dos Reis
Médico
CRM-PI 2984

PARECER

ECG 10 (D:2, V:2, IIIA:6) (batido atético)

pupilo isocóricas

TC de crânio: HSD lamina D

HSA 4?

TC cervical: 0 lesões NCR

CD: sem indicação de NCR

Novo parecer após alto do cirurgião geral

Sugiro de uma estabilização por 24 horas

20/01/14

Data

Ass. do Médico Consultante

Cláudio Roberto Raimundo
Neurocirurgião
CRM-PI 2984

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
CONFERÊNCIA DO CONSELHO
DATA 29/01/2014
ASSIN.



Requisição de Parecer

Nome <u>Keyton de Sousa Moura</u>		Leito
Médico Consultante <u>CM</u>	N. Do Prontuário	
Médico Especialista <u>Urgência geral</u>		

Motivo da consulta (Indicar as Duvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

Paciente vítima de acidente motoricelintico. Chega aos olhos, desalizados, EC 6-8 P?), pupilas iniciais. Solicito audição. ABD: plano, flácido, SSIP. Tórax: MVO, Expansibilidade preservada.

20/05/19

Data

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-PI: 5835
CPF: 035.962.413-83

Ass. do Médico Consultante

PARECER PELA CIRURGIA GERAL. PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOR APÓS LIBERAÇÃO ALCOOLICA. VRS FERNES, EQUÍLIBRO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AR E MRS S/A. TC'S DE TÓRAX E ABDOMEN NÃO LAUDADAS ATÉ O MOMENTO PORÉM NÃO VEJO ANOMALIDADES.

SEM CONDUTA

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-PI: 5835
CPF: 035.962.413-83

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CONFERÊNCIA DE LAUDAS
DATA 20/05/19
ASSIN. [assinatura]

Data

Ass. do Médico Consultante

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

REQUISIÇÃO DE PARECER

202

NOME:

Clayton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

NEUROLOGIA

À CLÍNICA:

OPHTHALMOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

Polifarmácia / 100 / Dos outros exames
Sobretudo pelo uso de vários exames
Sobretudo sobre a

DATA: 21/02/17

ASS. MÉDICO

PARECER:

Trasuma no olho (E)

Tr: uso adequado de

Dr. Alti de Oliveira

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Felipe N. Almeida
Oftalmologista
CRM: 4315/1804-1415

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Upa Oeiras

Para

HRTN C Flemeiro

Nome da Pessoa Encaminhada:

Cleyton de Sousa Moura

Registro

Motivo do Encaminhamento:

Paciente de 22 anos ruptura de audição unilateral
com TCE grave, RNC, glaucoma-40, SpO2: 100%,
SCN, PA= 100/80 mmHg, FC= 115. Solicito avaliação

Observações:

e conduta neurológica e complementares realizados
fun (te de vídeo)

20/01/19
Data

Responsável pelo Encaminhamento

Victor Simões
Médico
CRM-MA 9794
CBO 351150

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde,
Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para

Nome do Cliente

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida
ao local da origem através do próprio
paciente devidamente fechada.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data impressa: 22/01/2019

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da internação: 20/01/2019 - 19:30:00
Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0202

Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Sexo: M

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

22/01/2019

20:00:00	PACIENTE AGITADO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, SEGUE MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 150/10 TAX: 36º F.C.: 99 F.R.: 0 Glicemia: 0	JOANA		
06:00	PA 120 x 30 P. 115			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

*Pê

Data impresso: 20

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da internação: 20/01/2019 - 19:30:00
Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0202

Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Sexo: M

Evolução

10/01/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

20:20:00	ADMITIDA NESTE SETOR VINDO DO PS DE MACA, ACOMPANHADO PELO PAI. RELATADO ACIDENTE MOTOCICLISTICO ALCOOLIZADO, SEM USO DO CAPACETE (SIC). DIAGNOSTICADO COM TCE-HSATHSD LAMINAR DIREITO. SONOLENTO, DESORIENTADO, FÁSICO, REPIRANDO AR AMBIENTE. ECGL 11. PUPILAS ISOCÓRICAS, SATURANDO: 98%; FC: 120 BPM (TAQUICARDICO), FEBRIL (37, 7°C); HGT: 178 MG/DL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES. APRESENTANDO MULTIFLAS ESCORIAÇÕES. AVALIADO PELO CIRURGIA GERAL SEM CONDUITA. ABDOME INDOLOR E PLANO; TORAX SIMETRICO E INDOLOR.	EDINALVA	 Edinalva COREN-PI 31
----------	---	----------	--

DATA: 20/01/19 NOME: Clayton de Sousa

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA: 12:30	SNG: -	SNE: -	SOG: -	SVD: -	TOT: -	TQT: -
DIA: 01/0	GLASGOW: 4/4	RV: 4	RM: 6	REAÇÃO A LUZ: +	= 11	() SEDAÇÃO RASS:
NEURO	☒ ISOCORIA () MIDRIASE () MEDIAS () MIOSE	FOTO REAÇÃO: ☒ SIM () NÃO () ANISOCORIA	PLEGIA:			
	DEFICIT MOTOR:	PARESTÉSIA:				
	☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO					
	() O ₂ LMIN: () CATETER () MACRO () VENTURI					
	() VM () TOT N° () TQT N° () VNI	FIXAÇÃO DO TOT N°				
	SECREÇÃO: () FLUIDA () ESPESSA () PURULENTA () ROSADA () SANGUINOLENTA AP:					
	() NORMOTENSA () HIPOTENSA () HIPERTENSA () PA INALIVEL					
	TENDÊNCIA À: () HIPOTERMIA () FEBRE					
	() NORMOCARDICO () TAQUICARDICO () BRADICARDICO					
	SPO ₂ : 98 %	ENCHIMENTO CAPILAR: () >2S () <2S				
	DVA: -	SEDAÇÃO: -				
	☒ HIDRATADO () DEIDRATADO () ICTERICIA () CIANOSE					
	☒ NORMOCORADO () HIPOCORADO () JEDEMA					
	() INTEGRA () FRATURA () FERIDA () DRENO					
	() LPP: LOCAL: GRAU:					
	() SEM ACESSO () PERIFERIO: () CENTRAL					
	() CATETER DE HD: DIA: / /					
	() VO () SNG () SNE () SOG () DIETA ZERO () GASTROSTOMIA () NPT					
	RESÍDUO GÁSTRICO: () SIM () NÃO	ML: /H				
	ABD: () PLANO () FLÁCIDO () TENSO () ESCAVADO () DISTENDIDO () GLOBOSO					
	RHA: EMESE:					
	() SNG ABERTA ASPECTO: () SANGUINOLENTO () BILOSO					
	() FECALOIDE VOLUME RESIDUAL: ML: /H					
	EVACUAÇÕES: () AUSENTE () PRESENTE ASPECTO:					
	DIURESE: () ESPONTÂNEA () SVD () CISTOSTOMIA () DISPOSITIVO URINÁRIO VOLUME					
	☒ FISIOLÓGICO () POLIÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA					
	ASPECTO: () LIMPIO () COLÚRIA () PIÚRIA () BLENÚRIA () HEMATÚRIA					
	() CONCENTRADA					

ENFERMEIRO:

TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Enfermeira

COREN - PI 256.356

As 19:30h após exame visual de glicemia de 120mg/dl, paciente recebeu insulina 10 unidades de NPH e 10 unidades de regular, totalizando 20 unidades. Paciente está bem, sem queixas.

Enfermeira

COREN - PI 256.356

DATA: 21/01/2019

LEITO: 03 ADM: 20/01/19

TELEFONE (S):

NOME: Leiton de Sousa Moura IDADE: 22
MÉDICO: Dr. J. J. J. ENFERMEIRO (A): Priscilla

SINAIS VITAIS										ENTRADAS										SAÍDAS						
HS	T	P	FC	R	PA	PAM	SAT O ₂	GLIC.	DIETA	VO	SNG	H ₂ O	SF 0.9%	SG 5%	RING	VO	EV	SNG	SEDAÇÃO	NORA	CONC. HEM.	DIUR	FEZ	SNG	DREN	VOM
7					/																					
8					/																					
9					/																					
10					/																					
11					/																					
12					/																					
13	136	135	132	24	124/65	73	97	170																		
SOMA PARCIAL										ENTRADAS										200	SAÍDAS 200ml					
14	136	135	131	25	116/60	69	98																			
15					/																					
16	124	126	123	23	120/81	80	100																			
17					/																					
18	124	125	122	22	116/76	82	100	174																		
19					/																					
SOMA PARCIAL										ENTRADAS										300	SAÍDAS 300ml					
20	125	125	123	23	120/77	81	100																			
21					/																					
22					/																					
23					/																					
24					/																					
SOMA PARCIAL										ENTRADAS											SAÍDAS					
1					/																					
2					/																					
3					/																					
4					/																					
5					/																					
6					/																					
SOMA PARCIAL										ENTRADAS											SAÍDAS					
SOMA TOTAL										ENTRADAS											SAÍDAS					
BALANÇO 24HS										ENTRADAS											SAÍDAS					

ENFERMEIRO (A):

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data impresso: 22/01/2019

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da internação: 20/01/2019 - 19:30:00

Sexo: M

Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0202

Evolução

20/01/2019



Enfermeiro(a)

Assinatura

16:39:05	PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, VISTO PELO ORTOPEDISTA, FEZ RX DE CLAVICULA, COM VARIAS ESCORIAÇÕES NAS COSTAS E NADEGAS E MMII, FO DE COURO CABELUDO SEM SINAIS FLOGISTICOS. ECG 15, ACEITA DIETA, SEGUE SOB VIGILANCIA.	GRIZEDIA	<i>Grizedia</i> (150648)
----------	--	----------	-----------------------------

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.886.242 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/13

NOME CLEYTON DE SOUSA MOURA

FILIAÇÃO MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA
JOSÉ FRANCISCO DE MOURA SILVA

NATURALIDADE VÁRZEA GRANDE-PI DATA DE NASCIMENTO 09/12/1996

DTG: ORIGEM CERT. NASC. 17777 L A90 F 239
EXP OEIRAS-PI 16/01/98

CPF 071.383.403-03

TERMINAL - PI

LEI Nº 7.116 DE 24/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0154716

clayton de souza moura
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CADERNO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG
 1681771-889 P1

CPF
 848.384.413-83

Data Nascimento
 30/07/1977

Princípio
 JOSE MARIAS DA SILVA

Mãe
 MARIA CAROLITA DE SOUSA

Permissão
 PERMISSÃO

ACE
 001988

CEI
 001988

Nº Registro
 06983294635

Validade
 03/01/2019

Exatidão
 04/01/2019

Assinatura
 Adriana Carla de Sousa Silva

Local
 TERESINA, PI

Data de Emissão
 04/01/2019

Nº de Registro
 06983294635

Nº de Registro
 06983294635

PIAUI

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1554703040

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1554703040

DPVAT
 24 JUN 2019
 PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013156592284

VIA: 1 CDD. RENAVAM: 01119331983 EXERCÍCIO: 2019

0932
0186
5430
9826
9542
9393
9021
7850
4851
6504
8319

ALBERTINA ALVES BATISTA

CPF / CNPJ

72328550363

PLACA

PIV-3283

CHASSI

9C23C4830HR506188

PLACA ANT / UF

ESPECIE TIPO

PAS/MOTONETA / NENHUMA

MARCA / MODELO

HONDA/BIZ 125

CAP / POT / CL

02P/0124CC

COTA ÚNICA

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

VENC. COTA ÚNICA

1º IPVA

2º

3º PAGO

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

A/FID. DA

ADMINISTRADORA DE CONS. NAG. HON

LOCAL

VARZEA GRANDE

DATA

09/04/2019

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

PI Nº 013156592284

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

2019

DATA EMISSÃO

09/04/2019

PLACA

PIV-3283

CPF / CNPJ

RENAVAM

01119331983

MARCA / MODELO

HONDA/BIZ 125

ANO FAB.

2017

Nº CHASSI

9C23C4830HR506188

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$)

000,00

DETRAN (R\$)

000,00

CUSTO DO SEGURO (R\$)

000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

000,00

IOF (R\$)

000,00

PREMIO BRUTO DO SEGURO (R\$)

084,58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

21/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.808/0001-04

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

Descrição do exame físico: LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

Descrição do exame físico: LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DIREITO
HEMORRAGIA SUBARACNOIDE
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.13) E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DIREITO
HEMORRAGIA SUBARACNOIDE
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Cleyton de Sousa Moura
 RG: 3.886.242 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 071.383.403.03
 NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Exato Rural
 ENDEREÇO: Rua Parquetada Nº: 51
 BAIRRO: Urbanos CEP: 64.525-000 CIDADE/UF: Varzea Grande - Piau
 TELEFONE (-) - (-) - (-) - (-) - (-)

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RG: 1.951.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 849.394.433-53
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO
 ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244
 BAIRRO: CENTRO CEP 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBAO VELOSO-PIAUÍ
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-9001 (86) 99402-2764

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU PASTOR
 PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA
 REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS
 RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
 REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR
 E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURADORAS CONSORCIADAS,
 INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAENDAMENTO, PODENDO
 SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO
 CUMPRIMENTO DESTES MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE

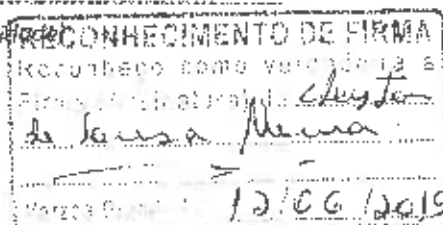
VITIMA: Cleyton de Sousa Moura
 CPF: 071.383.403.03 DATA DO ACIDENTE: 20/01/2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DADS ☐ MORTE

Varzea Grande - Piau
 local e data

Cleyton De Sousa Moura

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAU
 COMARCA DE VARZEA GRANDE
 Praça Maranhão Deodoro da Fonseca S/N
 CEP: 64.525-000
 Fone: (89) 3471-1268
 CARTÓRIO ÚNICO
 Tabelionato de Notas, Registro
 de Imóveis e Registro Civil



Antonio Pereira da Silva
 Tabelião Oficial Interino



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211518/19

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

CPF: 071.383.403-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

Titular do CPF: CLEYTON DE SOUSA MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

CLEYTON DE SOUSA MOURA : 071.383.403-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/06/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190393028**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEYTON DE SOUSA MOURA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PROJETADA 11, SN - URBANO - Várzea Grande - PI - CEP 64525-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3886242**

Data e local do acidente: [**20/01/2019**] **PI224 - ZONA RURAL - TANQUE DO PIAUÍ**

Data e local do exame: [**11/07/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

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

LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR.

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393028

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEYTON DE SOUSA MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190393028 Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393028

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEYTON DE SOUSA MOURA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 071.383.403-03 Nome completo da vítima: Clayton de Sousa Moura

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

Nome completo: Clayton de Sousa Moura CPF: 071.383.403-03

Profissão: Juiz de Direito Endereço: Rua Proletária 11 Número: 51 Complemento: Urbano

Bairro: Urbano Cidade: Teresopolis Estado: RJ CEP: 24.525-000

E-mail: Recusou-se Tel.(DDD): (21) 99381-6008

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Bancos de escolha)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 65326

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Teresopolis - RJ 18.06.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 315971.000015/2019-11

Unidade do Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 12/06/2019 - 11:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE TANQUE DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TANQUE DO PIAUÍ

Endereço

PI 224, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/01/2019 - 01:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEYTON DE SOUSA MOURA

RG: 3886242 SSP PI

Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA

Pai: JOSÉ FRANCISCO DE MOURA SILVA

Endereço: RUA PROJETADA 11, Nº S/N

Complemento: MORRO DA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VÁRZEA GRANDE

Telefone(s): 89-9901-1162

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 125

Ano: Placa: Chassi:

2017 PIY3283

Renavam:

0119331983

Cor:

Vermelha

Condutor: CLEYTON DE SOUSA MOURA

RG: 3886242 Órgão: SSP UF: RG, PI

Cidade: VÁRZEA GRANDE UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

No início da madrugada do 20 de janeiro de 2019, o noticiante conduzia sua motocicleta, acima qualificada, pela PI 224, partindo de Tanque do Piauí rumo ao município de Várzea Grande. Em determinado trecho da viagem, o pneu dianteiro da moto estourou, fazendo o condutor perder imediatamente o controle da veículo, indo direto ao chão. O condutor da moto perdeu os sentidos. O noticiante foi trazido primeiramente ao Hospital "Cícero Ribeiro de Almeida" em Várzea Grande-PI, com suspeitas de traumatismo craniano. Horas mais tarde já deu entrada na UPA do município de Oeiras-PI apresentando traumatismo crânio encefálico e escoriações pelo corpo. Ainda no mesmo dia 20 de janeiro, o paciente foi transferido ao Hospital Regional "Ibérico Nunes, para ser internado e a realização de exames mais específicos. Era o que tinha informar.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

Cleyton De Sousa Moura
CLEYTON DE SOUSA MOURA - Noticiante
Responsável pela informação

Paulo Gregório F. Costa
DELEGADO DE POLÍCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 315971.000015/2019-11

Paulo Gregório F. do Azeiteiro
Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 071.383.403-03 Nome completo da vítima: Cleyton de Sousa Moura
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Cleyton de Sousa Moura CPF: 071.383.403-03

Profissão: _____ Endereço: Rua Propetada 11 Número: 517 Complemento: Urbanos

Bairro: Urbanos Cidade: Itazeira Grande Estado: Piauí CEP: 64-525-000

E-mail: Recusou-se Tel.(DDD): (86)39981.6008

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 65326 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Itazeira Grande - PI 18.06.2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 8101
OUVIDORIA 0800 725 7474

141-668677896-9

21/Mai/2019

HORA DF 11:00:12

TERM: 049237

CONTROLE: 125043738

OT: 16.022897-2

LOCALIDADE: VARZEA GRANDE

RG, VINCULADA: 1383

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1383 013 0005326-6

CLEYTON DE SOUSA MOURA

SUCESSO. A PREVISAO
ATE 30 MINUTOS

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Cleyton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1996

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC.: ☒

FEM.: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG. 3.886.242

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

2005007090200051

RAÇA/COR:

BRANCA ☐

PRETA ☒

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

PAI:

José Francisco de Moura Silva

MÃE:

Maria Raimunda de Sousa Moura

ENDEREÇO:

Rua Projetada 5/Nº Bairro Novo da Esperança

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA:

20/1/2019

HORA

2:30 hs. da manhã

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Vítima de queda de motocicleta teve escoriações pelo corpo suspeito de traumatismo craniano, atendido pelo Dr. Almeida feito o exame e sono fisiológico 99% encaminhado para UPA de Quirino-PI

Maria das Mercês Santos de Sousa
Técnico de Enfermagem
CPF: 001111306-TE
CPF: 150.717.663-35

PU CORRETORA
DE SEGUROS
21 JUN 2019
DPVAT

PARCO/2019

18/03/2019

JOSE FRANCISCO DE MOURA SILVA

R. PROJETADA 11 S/N

B-URBANO

CPF: 00001171740336

DEB 7 64 1923 0000 0000 0000 0000 0000

DATA DA LEITURA

Atual:

Atual:

Anterior:

8958

Anterior:

11/03/2019

Consumo e Multas:

8886

Programa Leitura:

07/02/2019

Consumo Medido:

1,000

Emissão:

09/04/2019

Consumo Faturado:

72

Apresentação:

08/03/2019

Forma de Faturamento:

Código de Irregularidade

Data de Consumo:

11/03/2019

Classe/Subclasse

NORMA

Ligação

Número Medidor

Posto

Código Pat.

Validade 12 meses

RESERVA DE RENDA

Método consumo

FEV/19 71
JAN/19 63
DEZ/18 69
NOV/18 77
OUT/18 72
SET/18 80
AGO/18 78
JUL/18 52
JUN/18 15
MAI/18 58

CONSUMO

30 A R\$ 0,293144 =

8,79

42 A R\$ 0,502546 =

21,10

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)

2,24

DIFERENÇA DE TARIFA

32,61

SUBVENCAO BAIXA RENDA

23,44

MULTA POR ATRASO 02/19-00

0,00

JUROS POR ATRASO 02/19-00

0,10

TARIFA DE TRIBUTOS:

D.E. 20 - 0,219538

S.E. 72 - 0,361028

NOTIFICAÇÃO DE PRELIMINAR DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 08/03/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVA AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA: 5298.93AD.BF0E.2A10.2005.F210.40F7.C0A6

Distribuição:

Energia:

12,97

Alíquota ICMS:

62,50

48,75

Transmissão:

25,04

Valor do ICMS:

22,00%

Encargos:

4,23

Valor do PIS:

13,75

Tributos:

2,87

Valor do COFINS:

0,68

Tributos:

12,59

Tributos:

6,49%

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

equatorial

ENERGIA

Cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

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

CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.743-5

SEU CÓDIGO

0853381-4

MÊS FATURADO

03/2019

Mº da Nota Fiscal:

01/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

42,19

VENCIMENTO

18/03/2019

83640000000 3 42190017000 0 00000000053 2 38140319008 9



SEQ.: 00196 UC: 0853381-4 DT. LEIT.: 11/03/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 8958 NORMAL TOTAL: 42,19 CARGA: 001
DT. VENC.: 18/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1691

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT