



09/06/2020

Número: **0800515-58.2019.8.18.0034**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Água Branca**

Última distribuição : **09/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10173 204	09/06/2020 12:25	CONTESTAÇÃO	CONTESTAÇÃO
10173 207	09/06/2020 12:25	2725137_CONTESTACAO_01	CONTESTAÇÃO
10173 216	09/06/2020 12:25	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E DOCUMENTOS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGUA BRANCA/PI

Processo: 08005155820198180034

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 **JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO**, 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 **16/06/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **29/11/2018**.

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

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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 29/11/2018 após 1 ANO E 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 16/06/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;



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!

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 PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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)



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

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/06/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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 Nº 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.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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.

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.



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AGUA BRANCA, 4 de junho de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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 **JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **AGUA BRANCA**, nos autos do Processo nº 08005155820198180034.

Rio de Janeiro, 4 de junho 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 12:25:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912251152300000009664271>
Número do documento: 20060912251152300000009664271

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190080974 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190080974 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



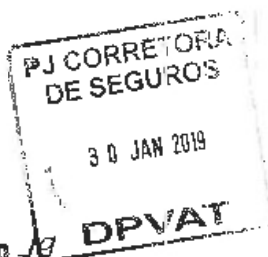
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Oliveira Gomes Filho BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Emprego Doméstico CI RGN. E 55337418 CPF/ ME
Nº 03599834192 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Proletária - 03 nº 477
CIDADE DE Água Branca
ESTADO Piauí CEP. 64430-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESSAID VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

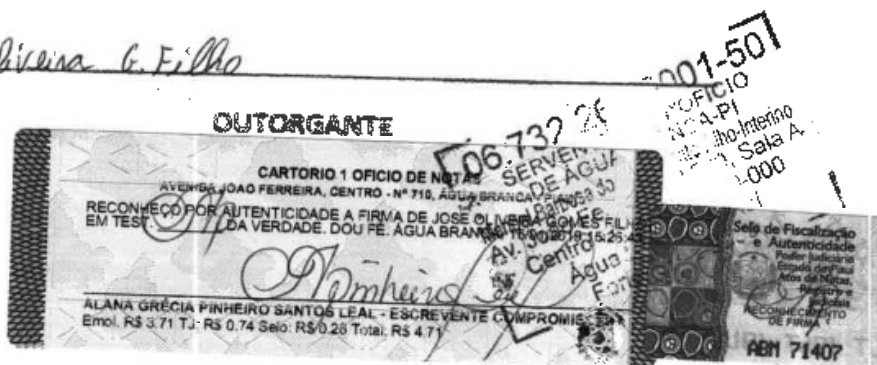
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefona, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Água Branca - PI, 15 de Janeiro de 2019

+ Jose Oliveira G. Filho



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034721/19

Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

CPF: 035.998.813-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

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

JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO : 035.998.813-08

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: 30/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL





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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190080974

Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Data do Acidente: 16/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

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

Carta nº 13885127

Pag. 01323/01324 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190080974

Vítima: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Data do Acidente: 16/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003050

Conta: 0000014282-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.998.813-08

Jose Oliveira Gomes Filho

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

Nome completo:

Jose Oliveira Gomes Filho

CPF:

035.998.813-08

Profissão:

Empregado de Jô

Endereço:

Rua Proletária 03

Número:

477

Complemento:

Bulungas

Bairro:

Bulungas

Cidade:

Agua Branca

Estado:

Pernambuco

CEP:

64.460-000

E-mail:

Recuso-se

Tel. (DDD):

(86) 99981.6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3050

CONTA: 14.282

7

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 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 (assinale 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 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 pais/avós vivos? ☐ 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcir o valor pago, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Agua Branca PE 19.01.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

1º) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGIO, 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.





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

650 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000812/2018-93

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 29/11/2018 - 13:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ÁGUA BRANCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ÁGUA BRANCA

Endereço

BR. 343 PRÓXIMO AO ACESSO DO LIXÃO DE ÁGUA BRANCA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

16/06/2017 - 02:00

Bairro

BULUNGÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ OLIVEIRA GOMES FILHO

RG: 55 337.4187 SSPSP SP

Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES

Pai: JOSÉ VIEIRA GOMES

Endereço: RUA PROJETADA 03, Nº 477

Bairro: BULUNGÃO

Cidade: ÁGUA BRANCA

Telefone(s): 86-9937-4192

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

2010 NIO1924

9C2JC41100AR076104

250406334

Preta

Condutor: JOSÉ OLIVEIRA GOMES FILHO

RG: 55337418 Órgão: SSPSP UF RG: SP

End: RUA PROJETADA 03 Número: 477 Complemento:

Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Bairro: BULUNGÃO

Proprietário: KAIO KELVIN PINTO CAVALCANTE

End: RUA CINCO DE MARÇO Número: S/N

Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Bairro: BULUNGÃO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de polícia civil para, comunicar um acidente de trânsito ocorrido na BR-343, próximo ao acesso do Lixão da Cidade de Água Branca; relata o noticiante que estava conduzindo sua motocicleta no sentido Água Branca São Pedro; que de repente surgiu um veículo que não foi identificado; bateu no punho esquerdo da motocicleta; o noticiante perdeu o equilíbrio e veio a cair; foi levado para o hospital; foi examinado pelo médico de plantão e liberou para que o noticiante ficasse internado; fratura foi na região metafisária distal do rádio, com fio de fixação metálica. Diante do exposto pediu providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 0096920

José Oliveira G. Filho
JOSÉ OLIVEIRA GOMES FILHO - Noticiante
Responsável pela Informação

Boletim de Ocorrência emitido em: 29/11/2018 12:10 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2





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

650 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000812/2018-93

Delegado de Polícia

L. José Oliveira G. Filho

Regório Luiz de Sousa
Delegado de Polícia Civil
Mat. 009692-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.998.813-08

Jose Oliveira Gomes Filho

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

Nome completo:

Jose Oliveira Gomes Filho

CPF:

035.998.813-08

Profissão:

Empregado de Jô

Endereço:

Rua Proletária 03

Número:

477

Complemento:

Bulungas

Bairro:

Bulungas

Cidade:

Agua Branca

Estado:

Pernambuco

CEP:

64.460-000

E-mail:

Recuso-se

Tel. (DDD):

(86) 99981.6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3050

CONTA: 14.282

7

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 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 (assinale 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 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 pais/avós vivos? ☐ 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcir o valor resarcido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Agua Branca PE 19.01.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

1º) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGIO, 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.



17.577.205/0015-371



UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2810

Renascença III - CEP: 64.082-110

Teresina - PI

Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade	UPA	Para Unidade	H/P/M/H/F
Paciente	João Oliveira Gomes Filho		Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Paciente vítima de acidente de moto, com fratura de rádio distal do membro superior direito.			
HD.	Fratura de rádio distal do membro superior direito.		
Data	10/06/17		
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo			

Dr. Tarcio Barros Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3824

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:	PJ CORRETORA DE SEGUROS 30 JAN 2018 DPVAT
DIAGNÓSTICO		
Data		
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo		



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03050

CONTA: 000000014282-7

Nr. da Autenticação 1EE07431A8A4A367





Para conferir com o
Eletrobras, ligue
para 0800-0860800

SEU CÓDIGO

1464358-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 14.309.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia: Eletrobras - Saneamento
Regime especial de Impostos: cabido pelo SEFAZ de 06/98

Nº da Nota Fiscal: 014240664

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	04/12/2018	142	134,20

ANTONIA MARIA OLIVEIRA MARTINS
R. PROJETADA 09 477 BULUNGAO BULUNGAO
CPF: 00021945640391
CEP: 04.460-000 - AGUA BRANCA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2150	Atual:	27/11/2018
Anterior:	2018	Anterior:	26/10/2018
Coefficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/12/2018
Consumo Medido:	142	Entrega:	26/11/2018
Consumo Faturado:	142	Apresentação:	27/11/2018
	FCAM		32

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação: Residencial, Tipo: MONO, Número Medidor: A1574033, Poste: 1.1.1.1, Média 12 meses: 100

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	kWh	Consumo	142 A R\$ 0,99579 = 113,54
OUT/18	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,52
SET/18	142	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00	6,24
AGO/18	132	MULTA POR ATRASO 03/18-00	1,68
JUL/18	111	JUROS POR ATRASO 03/18-00	6,22
JUN/18	113	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	2,19
MAI/18	117	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,10
ABR/18	127		
MAR/18	114		
FEV/18	101		
JAN/18	52		
APRIMA SEM DISTRIBUIÇÃO:			
0 A 142 - 0,99579			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 10/2018, Valor R\$: 123,28. Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/12/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SPCBRN, informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e as reavaliadas no valor de R\$ 167,68 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800-0860800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO: EEF9.FF79.CB52.7F41.6A04.3463.580C.AFC3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	23,13	Uso de Cálculo:	113,54
Energia:	43,96	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,91	Valor do ICMS:	24,97
Encargos:	7,00	Valor do PIS:	1,35
Tributos:	32,54	Valor do COFINS:	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48
0,00			0,00			0,00

09/2018 41,41

SEU CÓDIGO 1464358-8

TOTAL A PAGAR - R\$ 134,20

MÊS FATURADO 11/2018

VENCIMENTO 04/12/2018

Nº da Nota Fiscal: 014240664

FCAM

836400000001 1 34200017000 7 00000001464 7 35881118008 4

09/2018 41,41

SEU CÓDIGO 1464358-8

TOTAL A PAGAR - R\$ 134,20

MÊS FATURADO 11/2018

VENCIMENTO 04/12/2018

Nº da Nota Fiscal: 014240664

FCAM

836400000001 1 34200017000 7 00000001464 7 35881118008 4

09/2018 41,41

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

3 0 JAN 2019

DPVAT



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 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0600 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?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Curb de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Oliveira Gomes Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.998.813 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Jose Oliveira Gomes Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.998.813 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Jett de Stembas</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elesbão Veloso</u>	Estado: <u>Paraná</u>
E-mail: <u>Carlaadrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64325-000</u>	Tel.(DDD): <u>(86)99984-6008</u>

Local e Data: Elesbão Veloso - Pi - 23.01.2019.

Adriana Curb de Sousa Silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Kaio Kelvin Pinto Cavalcante
 RG nº 3482824 data de expedição 30/07/10
 Órgão SSPP portador do CPF nº 06695934355 com
 domicílio na cidade de Agua Branca - PI no Estado de
Piauí onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 05 (cinco) de Marco SM nº
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(á) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima João Oliveira Gomes Filho cujo o condutor era
João Oliveira Gomes Filho
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda - CG-125 Fan-ks.
 Ano: 2010-2010
 Placa: NEP-1920
 Chassi: 9C25CA1100AR076104
 Data do Acidente: 26-06-2017 - Agua Branca - PI
 Local e Data: Surubim, 09/01/2019

Kaio Kelvin Pinto Cavalcante
 Assinatura do Declarante

João Oliveira G. Filho

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Lázaro Negreiros, 1221 - Centro - CEP: 64005-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0109 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
 Titular: Anelita Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE KAIO KELVIN PINHO CAVALCANTE, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 TERESINA-PI, 09/01/2019. Selo: AAA43099-R9BA
 www.tjpi.jus.br/portalexta

Judite de Castro Cardoso
 JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
 Emol.: 3,71 - UJ: 0,74 - FMMP/PI: 0,00 Selo: 0,25 Total: 4,71 - OP: 33
 DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO
 DIGITAL

ARTORIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Judite de Castro Cardoso
 Escrevente Autorizada

CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS
 AVENIDA JOÃO FERREIRA, CENTRO - Nº 710, AGUA BRANCA - PIAUÍ
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
 EM TEST. DA VERDADE DOU FE. AGUA BRANCA, 17/01/2019 15:25:30

Alana Grécia Pinheiro Santos Leal
 ALANA GRÉCIA PINHEIRO SANTOS LEAL - ESCRIVENTE COMPRO-
 vada, NS 3.711 - NS 0,74 Selo: NS 0,25 Total: NS 4,71

PJ CORRETOR
 DE SEGUROS
 30 JAN 2019
 DPVAT



17.577.205/0015-37



UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2810

Renascença III - CEP: 64.082-110

Teresina - PI

Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade	UPA	Para Unidade	HPM/HOT
Paciente	João Oliveira Gomes Filho		Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Paciente vítima de acidente de moto, apresenta fratura de osso distal do antebraço.			
HD.	Fratura de osso distal do antebraço.		Dr. Tércio Damas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3824
Data	10/06/17		Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
Luís Henrique Vasconcelos E. S. 1º TEN. PM Chefe do Arquivo Técnico do IPIPIPI RG: 10.108.132-9 Matr. 4495-5 PJ CORRETORA DE SEGUROS 30 JAN 2019 DPVAT	
Data	Médico responsável pelo encaminhamento



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO		Prontuário: 87087
Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES	Pai: JOSE VIEIRA GOMES	
End.Resid.: QD 47 LOF 21 C A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 29/05/1988	Idade: 29a:1m:18d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 702102625824760	Fone:
Profissão:	Documento: CPF: 035.399.813-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 177383	Entrada: 16/06/2017 11:07:42	Convênio: S O S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSPI	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:			
PACIENTE SOFREU QUESA DE MOTO COM TRAUMA EM MME HA 1 DIA; NEGA ALERGIA FARMACOLÓGICA		JOÃO PAULO DE SOUSA LIMA COORDENADOR Em: 14/06/2017 11:07:42 Ass. Profissional: [Assinatura]	

SSVV:	(Hora:)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0	amp	Pressão: 0	mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE TEVE QUEÇA DA PRÓPRIA ALTURA E APRESENTA FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO
CD: ENCAMENHO PARA CÉRURGIA

Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade distal do rádio

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA: / /

HORA: :

Confere Com Original
Dilitt
Nativa M. C.

17.577.205/0013-32
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA
RUA RIO VERDE, 2810
TERESINA-PI
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
30 JAN 2019
DPVAT

Dr. Tércio Daniel Moura
Médico de Traumatologia



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64062-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA
24h

BOLETEM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 16/06/2017 12:17:32
ICar: TERCIO DANTAS
ICat: UTA-SALVADOR

Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO		Prontuário: 87087	
Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES		Pai: JOSE VIEIRA GOMES	
End. Resid.: QD 47 LOT 21 C A - PROMONAR - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 25/05/1988	Idade: 29a:1m:18d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: C MRSXC	CNS: 702709625824760	Documento: CPF: 035.998.813-08	
Escolaridade: Não informado	E.Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 177383	Entrada: 16/06/2017 11:07:42	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOICLISTA PARTICULAR		

DADOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Síntoma da Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intoxicação por Trauma	MSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
História Clínica: Risco: Paciente chegou ao UPA com trauma em MIB na 1 dia; NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA			Ass. Profissional Clas. Risco:
			JOÃO PAULO DE SOUSA MENESSES COREN PI 321.894 Em: 16/06/2017 11:15:21

SEXO:	(Hora:)	Ass. Profissional Clas. Risco:			
Peso: 6,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg	

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE CHEGOU COM QUESADA DA PRÓPRIA ALTURA E APRESENTA FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO
EM INTERCENHO PARA CEFURGIA

Síntoma da Apresentação:
Fratura da extremidade distal do radio

DADOS COMPLEMENTARES:

CDP:
8525

RESCRIÇÃO MÉDICA:

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1 TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105196193-2 Mat. 14495-8

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA:

Dr. Tercio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3824





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Compare com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.
Em, 06/07/17

Setor do Arquivo Técnico do HPMPi

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPi
RG: 105198193-2 Mat. 14435-9

NOME DO PACIENTE:

José Oliveira G. Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

258163

Obs: Não fornecemos 2ª via.

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPi
RG: 105198193-2 Mat. 14435-9

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR

3 - Nome do estabelecimento executor:
HOSPITAL POLICIA MILITAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
Orgão Emissor: H221100001

AIH : 221710134358-9
UNI : HOSPITAL DA POLICIA - DIRCEU

JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

D.LIBERA: 29/06/2017 DT. LAUDO: 16/06/2017
PROCB.: 0408020407 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE /
OP. SIST: FRANCISCO
CID: S525

endimento
378005

5 - Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO

6 - Prontuário: 258163

7 - CNS: 702709625824760 8 - Nascimento: 29/05/1988 02:00 9 - Sexo: M CPF: 035.998.813-08
11 - Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES 12 - Fone: 86-9.99374192
13 - Resp: LOURDES NAIARA NUNES DE SOUSA 14 - Cor: PARDA
15 - End.: RAIMUNDO PORTELA DE 47 A 50 0 PROMORAR 19 - CEP: 64027-120
16 - Munic: TERESINA 17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 54337-418

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Fratura no punho com dor e inchaço

21 - Condições que justificam a internação:

Análise

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx punho 01/06/2017

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: 5525 25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

Fratura do rádio distal

Procedimento Solicitado

0408020407

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

29 - Clínica: 30 - Caracter.: Ident.: 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.
POSTO I 02 1 16778899841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
16/06/2017

35 - Ass. Carimbo, Nome e Assinatura

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito. 39 - CNPJ Seguradora: 42 - Nº. Bônus. 41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico. 42 - CNPJ Empresa: 43 - CNAE, Empresa 44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.
45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apontado () Vár. Segurado.

46 - Nome do Profissional Autorizador

Autorização

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

*Luís Henrique Vasconcelos Reis 1º TE - PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPIA PI
RG: 105198193-2 Matr. 144959*

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: RAIMUNDA NASCIMENTO
Consulta Local:
Consulta SUS:





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		16/08/2017	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO		Pront.: 259163	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 29/05/1988 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNAÇÃO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 378005		Enfermaria: POSTO I	
CLÍNICA		Pa: JOSE VIEIRA GOMES		ENF 120 LEITO	
Médico Assistente		Mãe: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES		Leito: 120	
Permanência		RG: 55337418			
CLÍNICA		Residência:			
		RAMUNDO PORTELA DE 47 A 60		Bairro: PROMORAR	
		Nr.: 0		Cidade: TERESINA	
		Cap: 8402/120		Telefone: 86 - 999374192	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Tranqueira no membro @ com dor, edema agudo, e a impotência funcional

DIAGNÓSTICO

Provisório:	<i>Fratura do osso distal @</i>	CID	552.5
Principal:		CID	
Procedimento:	<i>Fixação com placa e parafusos</i>	Causa Médica	
Sintomas e Sinais Principais	<i>Dor, edema, hemorragia no membro @</i>	Histo - Patológico:	

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma	<i>Fixação com placa e parafusos</i>	<i>[Assinatura]</i>	☐ Nenhuma
☐ Médico			☐ Médico
☒ Cirurgia			☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico			☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta
16/08/2017 13:08:25	20/06/17

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado	☐ Fisiologia	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☒ Melhorado	☐ Psiquiatria	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Inalterado	☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
☐ A Pedido		
☐ Internação p/ Diagnóstico		
☐ Divisão Médica		
☐ Por Indisciplina		
☐ Evasão		
☐ P. Ambulatório		

THE 29/06/17

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

RICORRETOR
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT



09.05.88



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

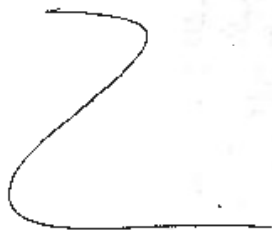


BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 10 / maio / 2017
Nº DO PRONTUÁRIO 258163 SALA 127
CÓD DA CIRURGIA: 068020404

Descrição da Cirurgia:

Paciente em estado bom de saúde e sem queixas
relacionadas ao trauma de redução imediata de
fratura de fratura da rádio ulnar D, fixação percutânea
de fratura rádio ulnar D com fio de Kirsch e
controle radiológico, curativo seco, Tala
gesso oval - punho e ulna.



[Assinatura]
10/05/2017

[Assinatura]
Luis Henrique Vasconcelos R. da 1ª TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM, PI
RG: 105192193-2 Matr. 14495-9

Cirurgia: Tala e redução fratura rádio ulnar D

Cirurgião: Dr. Raphael Costa

1º Auxiliar: *[Assinatura]*

2º Auxiliar: *[Assinatura]*

3º Auxiliar: *[Assinatura]*

Instrumentador: *[Assinatura]*

Circulante: *[Assinatura]*





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 57189
PACIENTE: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
NOME DA MÃE: ANTONIA AURISNEIDE OLIVEIRA GOMES
DATA DO NASCIMENTO: 29/05/1988
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 20/06/2017
DATA DO LAUDO: 05/07/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDENCIAS

Fratura oblíqua localizada na região metafisária distal do rádio, com fio de fixação metálica.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura oblíqua localizada na região metafisária distal do rádio, com fio de fixação metálica.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

OBS.: Tala gessada, prejudicando a adequada avaliação óssea.

[Assinatura]
Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105.188.193-2 Mat. 14495-9

[Assinatura]
DR. LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
Médico
CRM-PI 4173

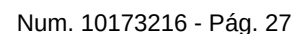
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

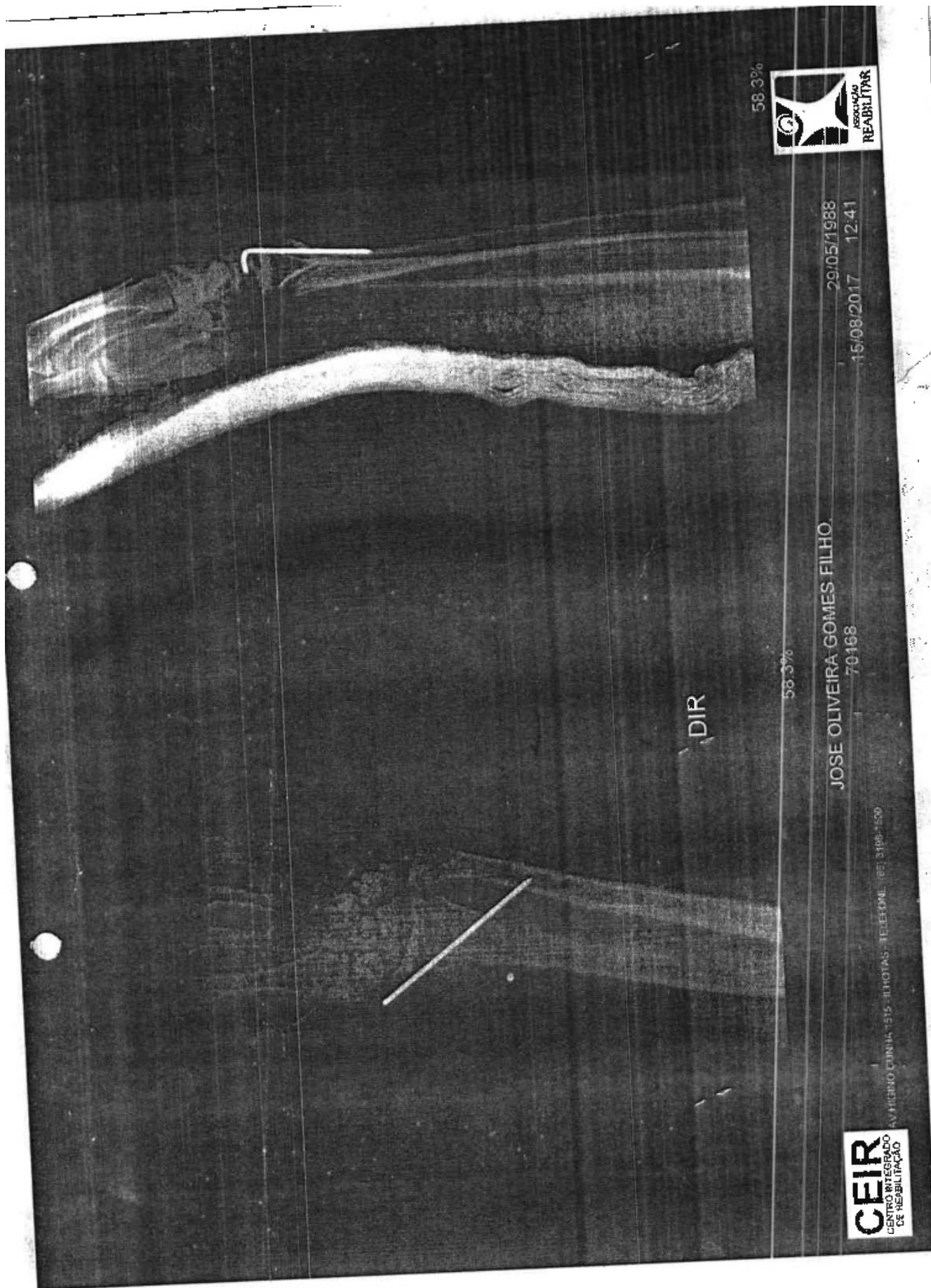
Av. Floriano Gomes, 1642 - Jooias - Teresina/PI

Telefone: (86) 3227-6255



88-50-629-40





DIR

58.3%



29/05/1988
15/08/2017 12:41

JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
70168

58.3%

CEIR
CENTRO INTEGRADO
DE REABILITAÇÃO

AV. ALBERTO CUNHA, 1515 - II FORTES - TEL. (61) 3199-1500



COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE....:70168 JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
IDADE.....:29 anos
MÉDICO:FERDINAND FREITAS
SEXO.....:Masculino

CNS: 702709625824760
REQ: 95158
DATA EXAME: 15/08/2017
CONVÊNIO: SUS

RX DO PUNHO DIREITO.

ACHADOS:

Fratura completa em consolidação na região metafisária distal do rádio com fio metálico de osteossíntese.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Presença de imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura completa em consolidação na região metafisária distal do rádio com fio metálico de osteossíntese.
- Presença de imobilização gessada.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Osvaldo Soares de Carvalho Junior
CRM 3680



Cliente: JOSE OLIVEIRA GOMES FILHO
Convênio: PREFEITURA DE AGRICOLÂNDIA
Solicitante: Dr(a) NÃO INFORMADO
Idade: 29 anos
Código: 040984.01
Data: 18/08/2017 12:31

RX DO PUNHO DIREITO (02 INC)

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Controle de fratura completa, em consolidação, na metáfise distal do rádio, reduzida e fixada com fio metálico bem posicionado.
Restante da estrutura óssea: com densidade e textura normais.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa, em consolidação, na metáfise distal do rádio, fixada com fio metálico.

Obs: Tala gessada.


DR. LUCAS FONSECA MAIA
CRM: 3545-PI



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8610-8

ESTADO DE SAO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO ILICA 100 QUIMALETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR



POLEGAR DIREITO

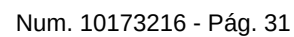


Nome: **JOSE GOMES F. LIMA**

Carteira de Identidade

[illegible]

DFVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

DTC: **1631371-2** RPP: **PI**

CNPJ: **840.394.435-03** DATA NASCIMENTO: **20/07/1977**

Plano: **JOSE NEBITAS DA SILVA**

Nome: **MARIA CAROLITA DE SOUSA**

Permissão: **PERMISSÃO** RAC: **BRANCA** CAT: **15**

CPF: **06983294635** VIGÊNCIA: **03/01/2018** EXPIRAÇÃO: **04/01/2018**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

PREVIDO PLASTIFICAR
1554703040

Assinatura: *Adriana Carla de Sousa Silva*

Nome: **ADRIANA, PI** DATA DE EMISSÃO: **04/01/2018**

Assinatura: *[Assinatura]* Nº: **1408408122** FIC: **1218297030**

PIAUI

PI CORRETORA
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RJ 7020170174111 Nº 013030613339
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1

250406381

2018

KAIO KELVIN PINTO CAVALCANTE

06695934355

NIO-1924

PLACA

9C2JC4110AR076104

PAQ/MOTOCICLO/NEWALFA

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KB

ANO FAB 2010 ANO MO 2010

002P/124CC

CATEGORIA PARTIO

COR PREDOMINANTE PRETA

I
P
V
A

COTA UNICA

VENC COTA UNICA

1º IPVA

FAIXA IZVA

PARCELAMENTO 1200MS

2º

3º PAGO

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

PAGO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRIÇÕES

TERESINA

RAO MARTINS DO REGO LOBÃO

DETRAN RJ

DATA 11/4/2018

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

PI Nº 013030613339 - 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

2018

11/4/2018

06695934355

NIO-1924

250406381

HONDA/CG 125 FAN KB

2010

09

9C2JC4110AR076104

PRÊMIO TARIFARIO

ENS (R\$)

PRÊMIO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

61,28

9,03

90,31

4,15

0,70

185,50

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTRGO

X COTA UNICA

PARCELADO

04/04/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 00.248.000.0001-04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JAN 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 12:25:12

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006091225119930000009664279

Número do documento: 2006091225119930000009664279