

Autores x Audiência x Upload x PJE Acesso x PJE Consultar x PJE 080026 x Download x (1) x Telefone x Sistema x Caixa de e-mail x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=484307&ca=da722770fb07be4eadb699aacdfb3b44f83...

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

PJE ProceComCiv 0800261-47.2020.8.18.0100 DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA X GENTE SEGURADORA SA

10756663 - CONTESTAÇÃO (2730838 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 11:46:24

13 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10583225 - CONTESTAÇÃO
 - 10756663 - CONTESTAÇÃO (2730838 CONTESTACAO 01)
 - 10756670 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO)
 - 10583231 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10584391 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10584392 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

2730838- CS/ 2020-02403/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MANOEL EMÍDIO/PI

PROCESSO: 08002614720208180100

PROCESSO ADMI...pdf 2730838_CONTES...pdf 418584 PI.pdf online (5).html online (4).html Exibir todos x

PT 11:51 13/07/2020



Número: **0800261-47.2020.8.18.0100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Manoel Emídio**

Última distribuição : **14/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10756 670	13/07/2020 11:46	PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE MANOEL EMÍDIO
AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231 - CENTR
CEP: 64875-000 - MANOEL EMÍDIO - F.



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUZA Idade: 46a

CNS: 161 0264 3403 0000 Data: 24/05/17

Hora: 18:00h CASO: ☐ CLÍNICO ☒ TRAUMA

ANAMNESE: Vítima de acidente por queda de motocicleta, apresentando fratura no do membro direito.

HD: Fratura do membro direito.

CONDUTA: 1) Imobilização do membro direito
2) Analgesia
3) Reparo para ortopedia.

Médico:

EDNAN SOARES COUTINHO
Cirurgia Geral e Ultrassonografia
CRM-PR 10667-0000

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRVAT
GENTE (DO NÃO VERIFICADO)
23 ABR 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Niterói CEP: 24020-000

Responsável:





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
PANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Atendimento)

Atendimento: P0453904 Registro: 147249
Data: 24/05/2017 Hora: 12:51:00
Funcionário: IVANDA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 59 SUS

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Idade: 45 ANOS, 5 MESES, 14 DIAS Profissão: LAVRADOR CPF: - RG: 1.930.275 - SUS: 161026454000000
End.: SANTO AMARO, 5 - Povo: ALTAMIRA Cidade: MANOEL EMÍLIO/PI Civil: CASADO(A) CEP: 64875-000
IBGE: 2205904 Cor: PARD A Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA Pai: AMADEUS JOAQUIM DE SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - GEOVANNA COUTINHO DA SILVA MENDES DE CARVALHO
Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA - O MEIO

Procedimentos

24/05/2017 12:51 0301060061 ATENDIMENTO - URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO Há +/- 8 HORAS, QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM MÍDIA APÓS TRAUMA.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 130x90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mmpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

MEDICAÇÃO USUAL

NENHUMA.

CONDUTA

AO PLANTONISTA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

392235 - GEOVANNA COUTINHO DA SILVA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 10/07/2017
ASSIN. GILBERTO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 11:46:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071311462320400000010201780

Número do documento: 20071311462320400000010201780

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
RUA: RUA FERRAZ, S/N,
FLORIANÓPOLIS - SC
CEP: 88000-000
FONE: (48) 3522-1489 - (48) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0453913
Data: 24/05/2017
Funcionário: IVANDA

Registro: 147249
Hora: 13:32:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 65

SUS

JOAQUIM DE SOUSA

Idade: 45 ANOS, 5 MESES
Profissão: LAVRADOR

CPF: 1.930.275 - SUS: 161026434030000

Civil: CASADO(A) CEP: 64875-1

AMARO, S.

ROSA, ALTAMIRA

Cidade: MANOEL EMÍDIO/PI

Telefone: () -

MARIA PEREIRA DA SILVA

Pai: AMADEUS JOAQUIM DE SOUSA

ORTOPEDIA

Documento: 0000

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Procedimentos

05/2017 13:32 0301060061 ATENDIMENTO

URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito

☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Dores no joelho

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Problema no joelho

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Exame físico
Dores no joelho
Ativo

Dr. João Soares Júnior
Ortopedia e Traumatologia
R. 24/05/2017

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

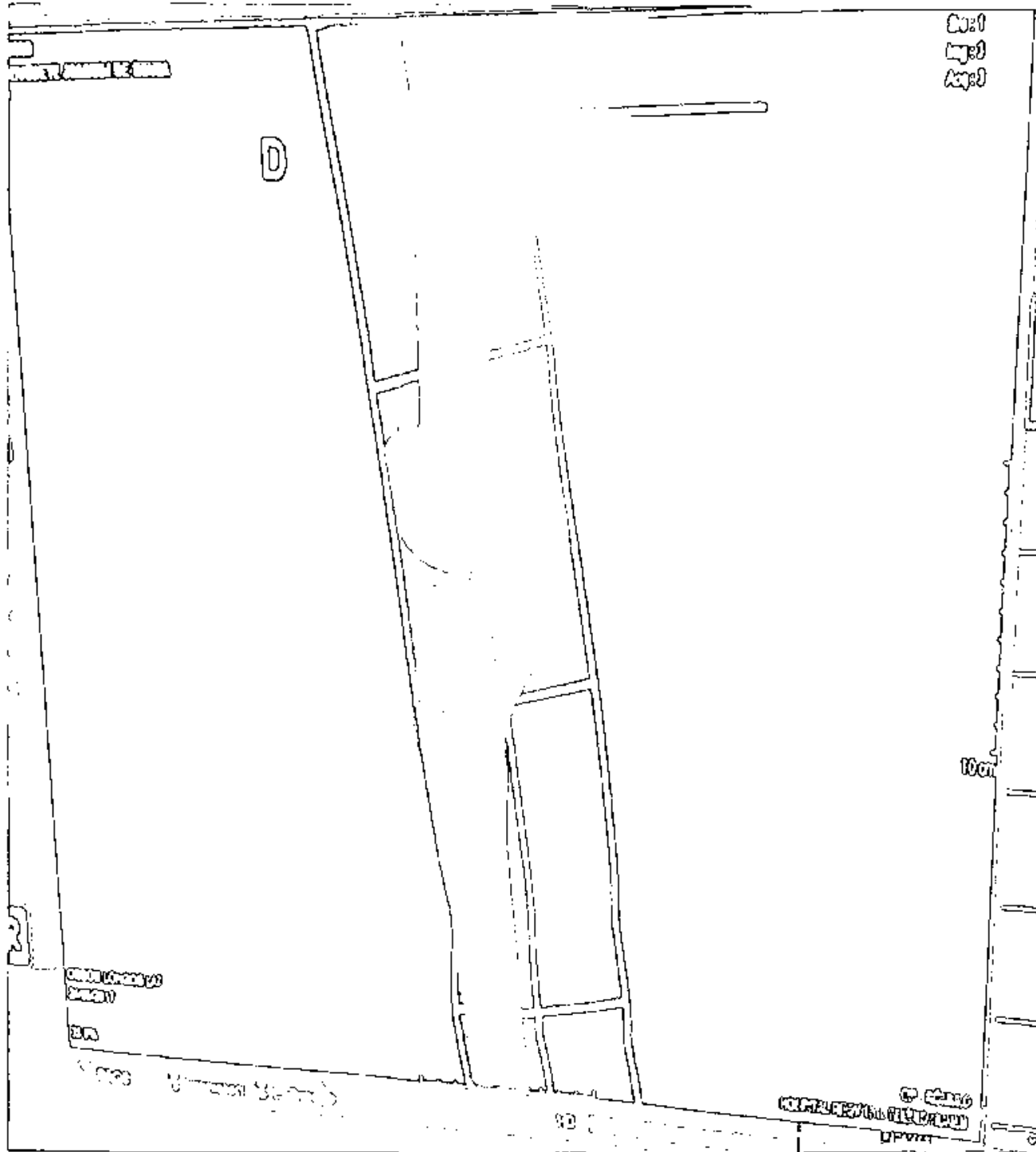
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.082470

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/07/2017
ASSIN. ELIQUIM 24.5.17/173



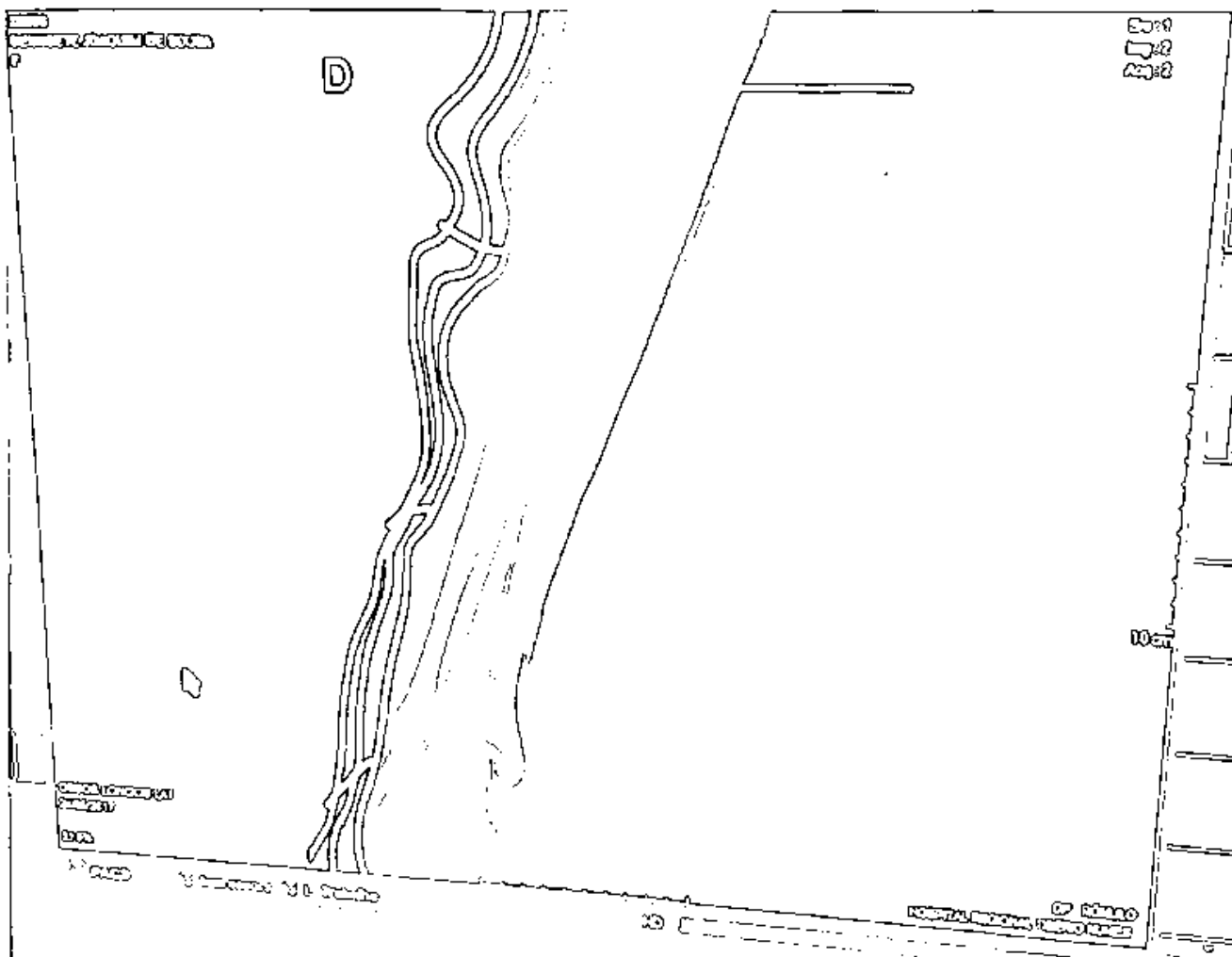


CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 ABO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.082470





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO ALVES DOS SANTOS, portador(a) do

RG nº 1585.662, expedido por SSP-PI, em

05/05/95, CPF/CNPJ nº 748.086.803-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DEUSDETE

JOAQUIM DE SOUSA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO-ME Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: RECUSO-ME


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 ABR 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470





Documentação de Verificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

RG nº 1.930.275, data de expedição 27/05/97, Órgão SSP-PI

CPF nº 792.423.273-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>POVOADO BEBENDURGO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANOEL EMÍDIO</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.875-000</u>
Telefone de Contato	<u>189 99433-1348 ou 893521-2115</u>
E-mail	<u>EDIMAR ALVES</u>

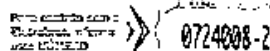
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANOEL EMÍDIO-PI 00/06/17

Assinatura do Declarante: Deusdete Joaquim de Sousa

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.082-470





Nº da Nota Fiscal 030530788

ROSILENE NESSIAS RODRIGUES SOUSA
PV BEBEDOURO S/N B-RURAL
CPF: 00002940814376
CPF: 64.875-0000 - MANOEL ENIDIO RDT: 273.538.09.83.200000

NORMAL 30

MUNICÍPIO DE		DISTRITO DE AGUA	
MÊS ANO			
ABR/17	52	CONSUMO	30 A R\$ 0,200790 = 6,02
MAR/17	103		82 A R\$ 0,344207 = 21,34
FEV/17	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,99
JAN/17	21	DIFERENÇA DE TARIFA	26,49
DEZ/16	201	SUBVENCAO BAIKA RENDA	20,32
NOV/16	29	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,39
OUT/16	33		
SET/16	67		
AGO/16	137		
JUL/16	113		
TARIFA COM TRIBUTOS:			
6 4 30	- 0,153246		
31 4 32	- 0,263732		

Res/And	Valor: R\$	Descrição
04/2017	18,89	...
03/2017	47,77	...

Declaramos quitados deudas de esta UC por año de 2016 (Ley 12007/09)

RESUMO DO FICOD		1026.F55B.A00A.1939.DD80.6743.9826.30E0	
CATEGORIA DO FICOD		FICOD DO FICOD	
Outros	14,98	Outros	53,85
Aluguel	18,37	Aluguel	20,00%
Transporte	2,21	Transporte	10,77
Emprego	5,71	Emprego	0,32
Taxa	12,58	Taxa	1,49

6,87	13,74	27,48	3,92	7,85	15,70	3,97
0,00			0,00			0,00

ELIZEN MARTINS

03/2017

12/96

ROT: 273.538.09.83.200000

Eletrobras
Distribuição Paulista

C:\Program Files\Foxit Software\Foxit Reader\Foxit Reader.exe
 11/11/2011 10:10:10 AM - Foxit Reader - Foxit Reader.exe
 C:\Program Files\Foxit Software\Foxit Reader\Foxit Reader.exe

NEW EDITION

0724008-2

ജിസ് പാത്മനാഭൻ

05/2017

TOTAL A PAGAR:

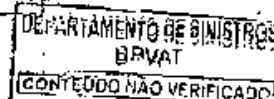
35.

VENCIMENTO

25/05/2017

40 da Foto Firenze 05 30785

83670000000 0 35620017000 5 00000000724 5 00826517008 0



CONTEUDO NAO VERIFICADO.

23 AUG. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

2349863-3

Nome/Razão Social/Endereço

EDMAR ALVES DOS SANTOS

RUA PROJ VINTE DOIS, 291 A

TIBERAO

FLORIANO 64800000

AG= 88

3/1

2

Categoria de Uso

27/07/2017

41 8 01 0165 0205-000

29/06/2017

DATA	HISTÓRICO DE CONSUMO	VALOR	DEBITO
01/17	1833	14	0
02/17	1850	17	25
03/17	1867	17	2
04/17	1884	17	25
05/17	1892	8	2
06/17	1896	14	0
07/17		14	25

Permite de faturamento

25-FECHAÇÃO HABITADA

Cód. Responsável

907973590

Código de Taxa

01

Código de Água

14

Cód. For. Água

14

Cód. For. Esgoto

14

Código de Esgoto

14

Código de Esgoto

14

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

08/08/2017

AVISO DE DÉBITO: CONTA 2 VALOR: R\$ 74,16

CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

56,30

SEMPRE A BOM DIA DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES

SEMPRE RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

PERÍODO	VALOR MENSAL PERMISÃO	VALOR MENSAL DE ANTERESSA	VALOR MENSAL DE ANTERESSA	VALOR MENSAL DE ANTERESSA	VALOR MENSAL DE ANTERESSA	VALOR MENSAL DE ANTERESSA	VALOR MENSAL DE ANTERESSA	VALOR MENSAL DE ANTERESSA	VALOR MENSAL DE ANTERESSA
01/17	0.71	0.00	1.16	7.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

AGESPISA

Agência de Esgotos do Rio de Janeiro

Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888

Nome/Razão Social/Endereço

EDMAR ALVES DOS SANTOS

RUA PROJ VINTE DOIS, 291 A

TIBERAO

FLORIANO 64800000

AG= 88

3/1

2

Categoria de Uso

27/07/2017

41 8 01 0165 0205-000

29/06/2017

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

Nome do Serviço

AGUA

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JUROS DE MORA 001/001

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

44,83

3,76

5,71

1,98

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470





PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.123/0002-20
SAMU 192



192

SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

Data: 24/05/2020 Nº FONE DO SOLICITANTE: 994759854 Nº VÍTIMAS: 1

AMBULÂNCIA ACIONADA: ☒ USB () USA () AMBU. ESTADO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|---------------------------|-------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | () Queimadura | () Transporte/ |
| () Queda | () Choque Elétrico | Transferência |
| () Envenenamento | () Urgência Clínica | () Já removido |
| () Agressão Física | () Urgência Obstétrica | () Falso Chamado |
| () Afogamento | () Urgência Psiquiátrica | () Outros |
| () Mal Súbito | () Urgência Pediátrica | |

Local da Ocorrência: localidade Omeça

Ponto de Referência: Próximo a casa do Simão Genovino

CONTROLE DA UNIDADE

SAÍDA DO P.A.: 7:27 h

CHEGADA AO LOCAL: 7:34 h

SAÍDA DO LOCAL: 7:38 h

CHEGADA AO HOSPITAL: 7:42 h

SAÍDA DO HOSPITAL: 8:00 h

CHEGADA AO P.A.: 8:05

HOSPITAL DE DESTINO: HPP

APOIO SOLICITADO:

() POLICIA MILITAR () POLICIA CIVIL () UNIDADE ESTRA ()

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23-AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. R. Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Telefonista

Amelia Claudina Almeida
Enfermeiro/Técnica Enfermagem
Sabrina A. de Santana
Sra. Sabrina A. de Santana
Coordenadora do SAMU
Manoel Emídio - PI
COREN - PI 493440

Avenida Príncipe de Maio, 417 - Centro - Manoel Emídio-PI - CEP: 64.875-000
Fone: (89) 3535-1552 E-mail: manoelmidio@sa.gov.br



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, DEUSDETE TOAQUIM DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 1.930.275 e inscrito no CPF/IME sob o nº 797.4023.273-00 residente e domiciliado na POUDADO BEBEDOURO ZONA RURAL Cidade MANOEL EMÍLIO Estado PIAUÍ declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Deusdete Toaquim de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MANOEL EMÍLIO - PI 00/06/2017

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



**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

Nome do(a) Examinado(a): Deusdete Joaquim de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Bebedouro, S/N
Rural Manoel Emídio PI CEP: 64875-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1.930.275
Data local do exame: [04/09/2017] Florianópolis [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA.
APRESENTA NO MOMENTO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
☒ (X) Sim ☐ () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
☒ (X) Sim ☐ () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUIU COM ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.
Data da alta: REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.
FEZ TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO POR 90 DIAS, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
☒ (X) Sim ☐ () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA NO MOMENTO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
<input type="checkbox"/> () "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações | <input type="checkbox"/> () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Direito
% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input type="checkbox"/> () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> (X) 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input type="checkbox"/> () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input type="checkbox"/> () 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input type="checkbox"/> () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input type="checkbox"/> () 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input type="checkbox"/> () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input type="checkbox"/> () 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- ☐ () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Mauro Ricardo R. Bilibic
Médico
CRM - PI 4606 / MA: 6373



ESTADO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - QPI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE COLÔNIA DO GURGUEIA-PI
Rua Sebastião Barbosa da N.º 1, Centro, Colônia do Gurgueia-PI, CEP 64.265-000, email: dpcg.09@gmail.com.br, Fone: (85) 99153-3107

0001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 210/2017 - DPCCG

Delegacia: Delegacia de Colônia do Gurgueia/PI Resp. p/ Registro: Ana Carolina Tobler Gomes
Delegado: Danilo Barroso Ferreira Gomes Data/Hora: Sex - 02/06/2017 10h24min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA

384304

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: Colônia do Gurgueia / Data/Hora: 24/05/2017 18h00min
Local: Br 135
Endereço: Povoada Almeida
Bairro:
Ponto de Ref.
Município: Manuel Emídio Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE/ VITIMA

Nome: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA Idade: 10/12/1971 46ANOS
RG: 1.930.2755SP/PI CPF: 797423273-00 Telefone:
Filiação: Ana Raimunda da Silva Rocha Lemos e Washington da Silva Lemos
Endereço: Povoado Caiuba
Bairro: Zona Rural
Ponto de Ref.
Município: Manuel Emídio Estado: Piauí

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017

VEÍCULO ENVOLVIDO

Marca/Mod/Ano: HONDA/NXR 150 BROS ES
Cor: AMARELA

GENTE SEGURADORAS S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
CEP: 64.002-479
Placa:
Renovar: 116835664

NARRATIVA DO FATO

O noticiante acima qualificado veio ao Distrito Policial notificar que na data e hora especificados acima estava pilotando a motocicleta, marca/modelo HONDA/NXR150 BROS ES de propriedade de seu sobrinho SANDRO PEREIRA DE FREITAS, em direção a sua residência, quando se deparou com um cachorro que atravessou em sua frente. QUE o noticiante não conseguiu desviar do animal e colidiu com o mesmo. QUE o noticiante perdeu o controle da motocicleta e caiu. QUE o noticiante foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de Manuel Emídio, onde foi constatado uma lesão grave em sua perna direita. Que veio registrar a ocorrência para tomar as devidas providências legais.

Deusdete Joaquim de Sousa
Noticiante

Ana Carolina Tobler Gomes
Escrivã de Polícia Civil 3ª Classe
Mat. 205.123

Obs: A falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.



**Lauda 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

Nome do(a) Examinado(a): Deusdete Joaquim de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Pq Bebedouro, S/N
Rural Manoel Emidio PI CEP: 64875-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: SSP / PI / 1.930.275
Data local do exame: 05/12/2017 Floriano PI

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s).
**FRATURA DA EPIFISE DISTAL DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA.
APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (Item V).
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre queixa e o histórico do acidente, justificando nas observações (Item V).
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUIU COM ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.
Data da alta: REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.
FEZ TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO POR 90 DIAS, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.**
- III. Existe sequela (lesão deficiente irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA NO MOMENTO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.
Caso a resposta seja "Não", conduzir dentro das opções no Item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no Item IV opções "b" ou "c".
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações ().
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Ver motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| TORNOZELO - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações ().
- () Total = "100% da IS"
- V. () Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a):
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Mauro Ricardo Ramos Bello
Dr. Mauro Ricardo Ramos Bello
 CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4806





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

SU. DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
PORTADOR(A) DO RG Nº 1930.275 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 27/05/97
CPF 77774231273-00 (CNP) 0000000000-0000-00 PROFISSÃO AVIADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (") NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário ou funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, arrenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA-FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5794 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4660-4

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

MANOEL EMÍLIO-PL. 80 de JUNHO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguroctransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771204.



Data: 06/06/2017 Hora de Brasília: 09:31

Favorecido
Banco - CANTO DO BURITI
Agência - 0879-
Conta : DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Nome : 0000016437243

Depositante	
Valor em dinheiro	
Valor em cheque	
Valor total	

Ag. Bradesco : 5194 - CANTO DO BURITI
Corresp. Banc.: 095 - SOLENIS
SUPERMERCADOS
NSU: 027/11024687 Autenticacao: 923189
O SOLENIS SUPERMERCADOS atua como
Correspondente Bancario do Banco
Bradesco S/A.

Bradesco

Conserve este Recibo

BRASIL SUP

OUVIDORIA BRASILEIRO
0886 721 8952
CONTED

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
BIVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



[illegible]

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3170466523**

Vítima: **DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA**

Data do Acidente: **24/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIMAR ALVES DOS SANTOS**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170466523**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00945/00946 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 12068887



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro: 3170466523

Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Data do Acidente: 24/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170466523** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

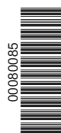
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00169/00170 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12000558



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11587833

A/C: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro: 3170466523 ASL-0328154/17
Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01883/01884 - carta_02



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11635789

A/C: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro: 3170466523 ASL-0328154/17
Vitima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005794-0

Conta: 000004660-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01239/01240 - carta_15R



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2017

Carta nº: 11569972

A/C: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170466523 ASL-0328154/17
Vitima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01203/01204 - carta_01



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05794-0

CONTA: 000000004660-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0809201705000000000023705794000000004660253125 PAGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 11:46:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071311462320400000010201780>

Número do documento: 20071311462320400000010201780



Comprovante de autenticidade

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
 Profissão: LAPOADOR
 Identidade: 1.930.275 CPF: 797.423.273-00
 Endereço: POVOADO REBELOURO ZONA RURAL (M. ELLINO) - PI

PROCURADOR:

Nome: Edimar Alves dos Santos
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Autônomo
 Identidade: 1.585.662 SSP - PI CPF: 748.086.803-00
 Endereço: Rua Projetada 22 nº 291 Floriano - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Morte CEP: 64.002470

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consorcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincos, e corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

M. Guilo, 20/06/2017.
Local e data

Deusdete Joaquim de Sousa
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço a Firma por autenticidade
de DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA.

Em Teste. Manoel de Verdade.

Manoel Emídio (PI) 20/06/17.

Manoel Emídio



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170466523 Cidade: Manoel Emídio Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA Data do acidente: 24/05/2017 Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da epífise distal da tíbia e da fíbula direita.

Descrição do exame médico pericial: Apresenta no momento alteração anatômica com hipertrofia no tornozelo e pé direito, e com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo com o pé direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento com imobilização com aparelho gessado por 90 dias, refere que não fez fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SALDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

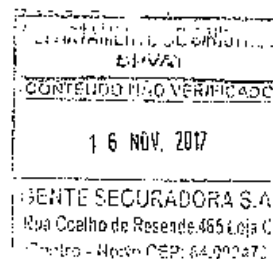


Deusdete Joa Quimale Sousa



CARTA DECLARATORIA

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA, RG 1.930,245 CPF 797.423.273-00
SINISTRO 3170466523, VENHO ATRAVES DESTA INFORMAR A SEGURADORA
QUE NÃO ACEITO O VALOR INDENIZADO QUE FOI DE 19% DO VALOR TOTAL
R\$ 500,00, POR ISSO VENHO PEDIR A SEGURADORA, QUE MARQUE UMA NOVA
PERICIA MEDICA PARA COMPROVAR AS SEQUELAS QUE FIQUEI, TENHO
O LAUDO MEDICO COMPROVANDO A SEQUELA QUE FIQUEI QUE FOI CONSTATADO
70% REDUÇÃO FUNCIONAL, ESTOU ENVIANDO O LAUDO PARA COMPROVAR
E PELO QUE A SEGURADORA MARQUE UMA NOVA PERICIA PARA
PODERA COMPROVAR AS SEQUELAS QUE VOU FICAR PARA RESTO
DA VIDA,



MANOEL EMÍDIO 07 DE NOVEMBRO 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 0020140240753 Nº 012509020007

CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

PLACA: 114835664 DATA: 2016

GRUPO PEREIRA DE FREITAS

VEICULO: HONDA/NXR150 BROS ES

CPF: 39110262857 PLACA: 114835664

PLACA ANT: 114835664

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

REPRESENTANTE: MANOEL ENOCH SOARES

SEGURO OBRIGATORIO DE
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE



PI Nº 012509020007 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO OBRIGATORIO
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VESTIBULO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATAÇÃO
www.seguroobrigatorio.com.br
SAC 0800 000 000 1234

EXERCÍCIO: 2016 DATA: 17/10/2016

CPF: 39110262857 PLACA: 114835664

RENAVAL: 114835664 MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

ANO/FAB: 2008 CAT: 09 N° CHASSI: 902KD03308079053

PRÊMIO TARIFÁRIO: 129,03 14,33 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 1,10 272,01

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO: 05/10/2016

SEGUROADORA LÍDER - BOMAT

CNPJ: 06.948.000/0001-41
www.seguroobrigatorio.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT

AGO. 2017

SEGUROADORA S.A.
de Reser de 465 Loja C
orte CEP: 64.002470

MANOEL ENOCH SOARES

CPF: 39110262857

PLACA: 114835664

VEICULO: HONDA/NXR150 BROS ES

DATA: 17/10/2016

PRÊMIO: 143,36

CUSTO DO BILHETE: 272,01

PAGAMENTO: COTA ÚNICA

SEGUROADORA LÍDER - BOMAT

CNPJ: 06.948.000/0001-41

www.seguroobrigatorio.com.br



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EDIMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1585662 SSP PI

CPF
749.086.803-00

DATA NASCIMENTO
06/02/1977

FILIAÇÃO
SEVERO ALVES DOS SANTOS
MARIA ELIETE DE S SANTOS

PERMISSAO
AB

ACC
AB

CATIMB
AB

Nº REGISTRO
0280427603D

VALIDADE
21/11/2020

1ª HABILITACAO
10/01/1998

OBSERVAÇÕES

Edimar Alves dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSAO
25/11/2015

Arão Martins do Rego Lobão
ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO
SECRETARIO GERAL DO DETRAN - PI
ASSINATURA DO EMISSOR

14560808861
PI316457108

DETRAN - PI (PI-11)

VALIDADE 08/10/08
O VERIFICADOR NACIONAL
1235009555

PROIBIDO PLASTIFICAR
1235009555

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.933.274 DATA DE EMISSÃO: 27.05.97

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Amadeus Bonifácio da Silva

Margia Pereira da Silva

Nome: Fátima-PT 10.08.1971 DATA DE NASCIMENTO

Cps. nº 675 Lv. 8-05 Fl. 190v

Exp. 27.05.94 Manoel Fátima-PT



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

23 ABO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 451, Laje C
Centro - Fone: 04 402470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitted on: 04/13/88

Assinatura: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Este documento, e a respectiva cópia, não podem ser utilizados no cadastro de pessoas físicas - CPF, nem para a obtenção de benefícios, como:

Assinatura: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria do Registro Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Nº de Inscrição: 797423272-00 Data de Nascimento: 10/12/71

Cartão de Identificação

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

10/12/71

797423272-00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL





CLIMED

CONTRIBUINDO PARA A SUA SAÚDE.

CONSULTAS MÉDICAS
CIRURGIA GERAL
MEDICINA DO TRABALHO

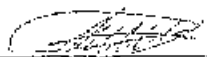
ULTRASSONOGRAFIA
ELETROCARDIOGRAMA
EXAMES LABORATORIAIS



LAUDO MÉDICO

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA, 45 ANOS DE IDADE, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE POR QUEDA DE MOTOCICLETA, COM CONSEQUENTE FRATURA DISTAL, COMINUTIVA DA TÍBIA DIREITA E FISSURA DA FÍBULA CORRESPONDENTE. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 3 MESES. NO MOMENTO APRESENTA ATROFIA E DOR NO MEMBRO CORRESPONDENTE E COM REDUÇÃO FUNCIONAL DE 70%.

MANOEL EMÍLIO, 26/10/17


FRANCISCO ADALBERTO NUNES
CIRURGIA GERAL E ULTRASSONOGRAFIA
CRM-M 19959 / RQE 716

DEPARTAMENTO DE ORIENTAÇÃO E DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV. 2017
INTE SECURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 165 Loja C Fone: 0800-64.982422

Av. Presidente Médici, 129 - Centro - Elsen Martins - PI - CEP: 64875-000 - Fone: 89. 99415-0251

