

Sessão: 080026 | Data: 13/07/2020 | Hora: 11:46:24

Autôres | Audiências | Upload | Acesso | Consulta | 080026 | Download | (1) | Telefone | Sistema | Caixa digital | +

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimentações | 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 COMPROBATORÍO (PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO)
- 10583231 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (Anexo 03 subs atos procuração compressed web)
- 10584391 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (CARTA DE PREPOSTOS (2))
- 10584392 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

2730838-C3/2020-02403/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

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

PROCESSO: 08002614720208180100

Exibir todos

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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

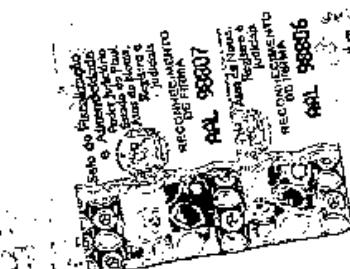
Eu, SANTO PEREIRA, RF. FREITAS
 RG nº 54.634.445-8, data de expedição 11/08/10.
 Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 797.423.273-06,
 domicílio na cidade de MANGAEL EMBIRICU, no Estado de
PARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Tomé nº 516,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima DEUSDENE TOAQUIM DE SOUSA cujo o condutor era
DEUSDENE TOAQUIM DE SOUSA
 Veículo: NÃO MOTOCICLETA NENHUMA
 Modelo: HONDA Bros NXR 150 ES
 Ano: 2008
 Placa: WTF 0370
 Chassis: 4G0AKD30882079053
 Data do Acidente: 26/05/2017
 Local e Data: MANGAEL EMIRICU - PE 20/06/2017

Assinatura do Declarante
 Assinatura do Declarante

Deusdene Toaquim de Souza

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

Conheço a Firma AUTÉNTICA DE
DEUSDENE TOAQUIM DE SOUSA
Em Teste, Mellen da Verdade.
Manoel Emílio (P) 20/06/17.
Mullen reconhece que



CARTÓRIO ÚNICO
Conheço a Firma AUTÉNTICA DE
SANCO XERGENI ORTELLI
Em Teste, Mullen da Verdade.
Manoel Emílio (P) 20/06/17
Mullen reconhece que

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
SEGVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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: 46 Anos

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

Hora: 18:00 CASO: CLÍNICO TRAUMA

ANAMNESE: Vítima de acidente no trânsito
de veleto. Apresenta veleto fraturado do perna direita.

HD: Fratura da perna direita.

CONDUTA: Mobilização do perna direita
 Alívio de dor
 Repasse para Ortopedia

Médico: Dr. Alberto Neto

CRM: 11004 / UFRJ
Data: 23/05/2017

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	BRVAT
CERTIFICO NÃO VERIFICADO	
23/05/2017	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho da Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-700	

Responsável:



 HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/M,
PIANGUINHA, FLORIANO/PI - 64600-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acomodamento)
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

Resc.: 10/12/1971 Idade: 45 ANOS, 5 MESES, 14 DIAS Profissão: LAVRADOR CIVIL: CASADO(A) CEP: 64875-000
End.: SANTO AMARO, 5 - PAÍS: ALTAMIRA Cidade: MANOEL EMÍDIO/PI
IBGE: 2205904 Cor: PARDA Páis: AMADES JOAQUIM DE SOUSA

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

Procedimentos

24/05/2017 12:51 0301060061 ATENDIMENTO PRÉ-CLÍNICA 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 +/- 6 HORAS, QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM MÍD APÓS TRAJAMA.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITais

PA: 130x90 mmHg TAX: 0°C FR: 0 rpm
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 - Nordeste CEP: 64.002-470

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

392235 - GEOVANNA COUTINHO DA SILVA

Giovanna Coutinho da S. M. de Carvalho
ENTREGUEIRA
00000-00000-00000
Giovanna Coutinho

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFIRME COM O ORIGINAL
DATA: 05/07/2017
ASSIN. GEOVANNA 26/07/2017



H.C - HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
S/N - SUEL FERRIRA, S/N.
C.E.P.: 64800-000
C.F. : 06.553.561/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento: P0453913
Data: 24/05/2017
Funcionário: IVANDA
Senha 65
Registro: 147249
Hora: 13:32:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

JOAQUIM DE SOUSA
1971 Idade: 45 ANOS, 5 MESES, 10 DIAS Profissão: LAVRADOR
AMARO, S. Cidade: ALTAMIRA CEP: 64875-000
Telefone: () - N.º MARCA PEREIRA DA SILVA País: AMADEUS JOAQUIM DE SOUSA

ORTOPEDIA Documento: 000001 HOSPITAL TIBERIO-NUNES
Ensavel: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA C. 00000000 Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos
05/2017 13:32 0301090051 ATENDIMENTO URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Vermelho - Emergência Laranja - Multo Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Doença principal: Dor no pé

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Pé

Procedimentos/exames realizados:

X-RAY - Banda - Beber - Pedaço

Ass. Técnico

Dr. João Soares Júnior
Ortopedista
06/2017

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - PI
CONFIRA COM O ORIGINAL
DATA 05/07/2017
ANEXO ELEGÍVEL 01 S. VIG. 100%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
Av. SIEL FERREIRA, S/N.
C.E.: S10100-000
Cidade: FLORIANÓPOLIS - SC
CEP: 880-000-00
(49) 3522-1489 / (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento: P0153904
Data: 24/05/2017
Funcionário: IVANDA
Senha: 59
SUS

Registro: 147219
Hora: 12:51:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

USDETE JOAQUIM DE SOUSA

Nascimento: 10/12/1971 Idade: 45 ANOS, 5 MESES, 1 DIA

Sexo: SANTO AMARO, S -

Raca: PARDA Telefone: ()

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: RG: 00010000000000000000

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA - O F. I. O

CPF: 1.930.275 - SUS: 161026434030000

Civil: CASADO(A) CEP: 64825-4

Estado: MARANHÃO Cidade: MANOEL EMÍDIO/PI

Pai: AMADEUS JOAQUIM DE SOUSA

Mae: MARIA PEREIRA DA SILVA

Temp.: °C Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

24/05/2017 (12:51) 0001000001 ATENDIMENTO DE emergência - Emergência Laranja - Multifuncional Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Principal: ACIDENTE DE MOTO

Paciente vítima de acidente automobilístico, quebrou o osso sacro direito. B66, 111 gên. 15. Nojo tivera a ex. 46, clínico/físico: Exame de ex. 46.

Diagnóstico provável: Fratura sacro ilíaco.

Medicação: 1. Tébutal 20-ml + 1.5 ml Cefaz

2. Dose cefoperazone.

Exames/exames realizados:

Ass. Técnico

Raios X sacro ilíaco

Responsável: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

ÓBVAT

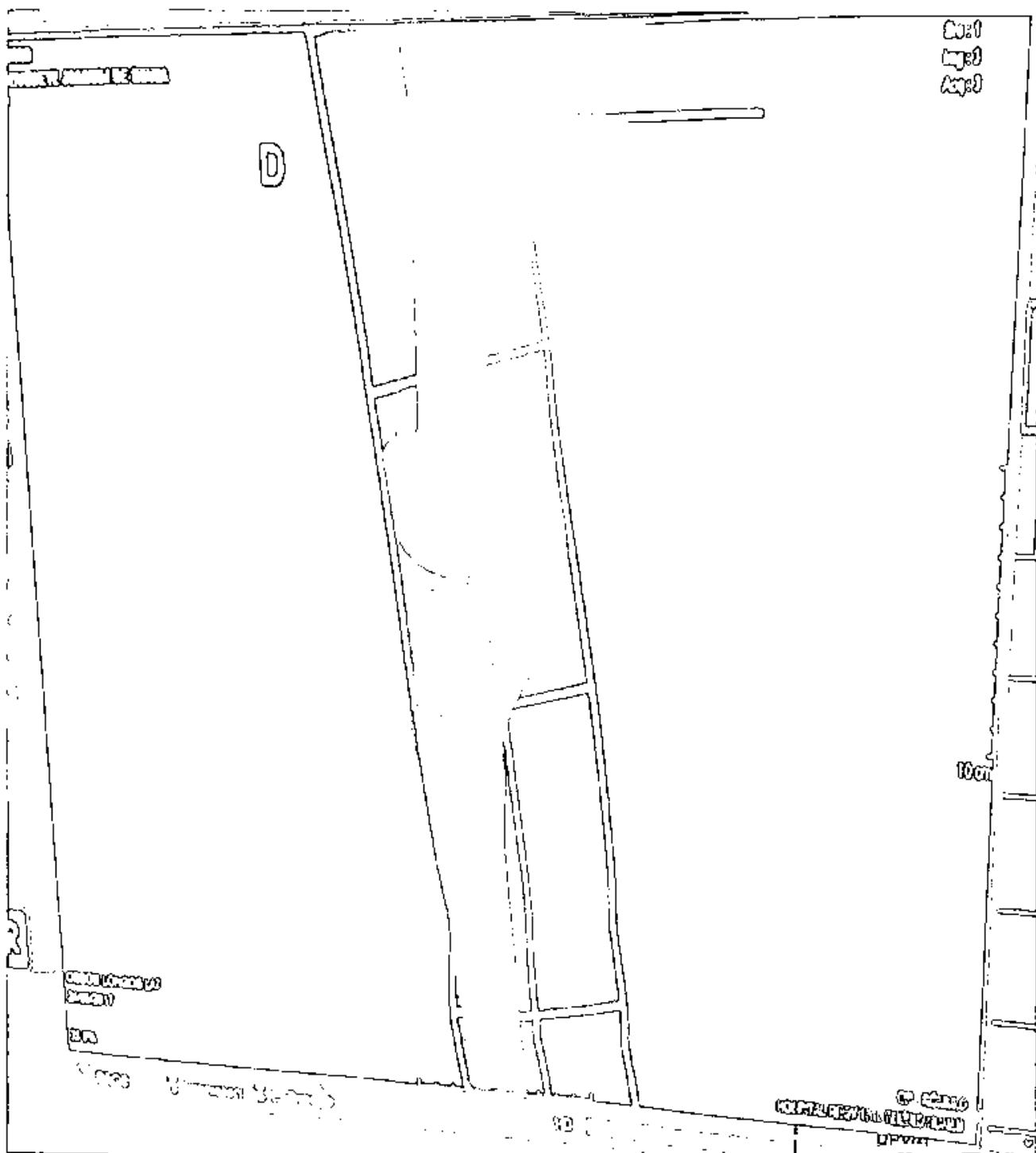
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

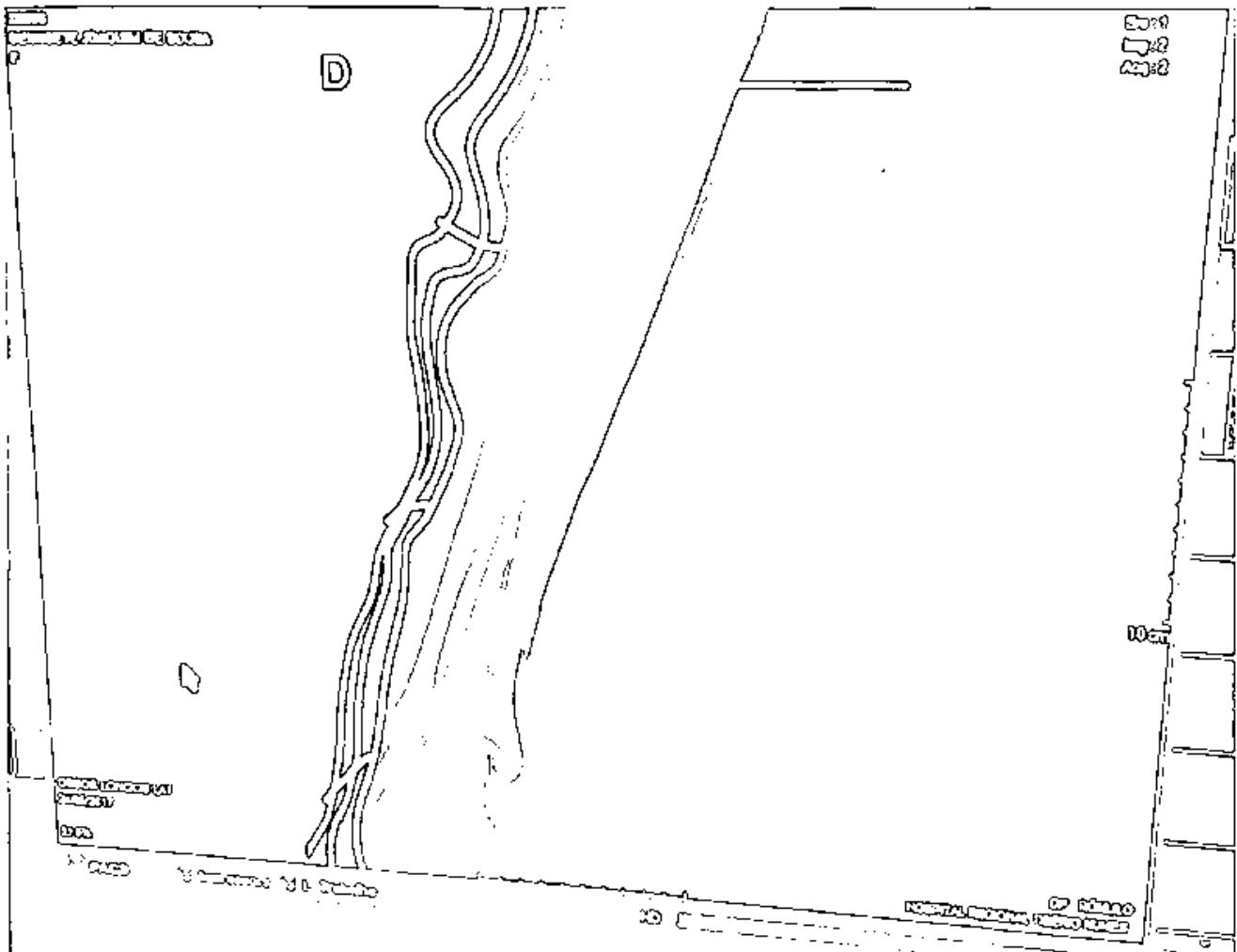
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - SC
CONFIRMO DADO ORIGINAL
DATA: 05/10/2017
ASSIN: ELIAS GOMES





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

Num. 10756670 - Pág. 6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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

Num. 10756670 - Pág. 7



Buletim de Ocorrência

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.

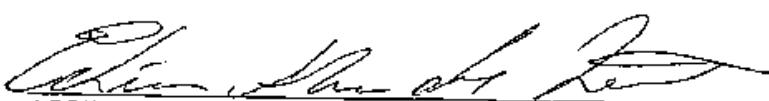
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 EDNAN 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) DEISDETE SOARES DE SOUSA do sinistro de DPVAT da natureza MULHER da vítima DEISDETE SOARES DE SOUSA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor me Renda Mensal: R\$ Revisor me

Documentos comprobatórios: Revisor me


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Getúlio de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470





00157

Documentos de identidade

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

• Eu, DEUSDÉTE TONAINI DE SOUSA,
RG nº 1.930.275, data de expedição 27/05/97, Órgão SSP-PI,
CPF nº 797.423.273-00, 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 BEBEDOURO</u>
Número	<u>511</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>1891 99433-1348 ou 893521-2115</u>
E-mail	<u>EDINNE ALVES</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Manoel Emídio-PI 00/06/17

Assinatura do Declarante: Deusdete Tonaini de Sousa

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DBVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470



 Eletrobras
Distribuição Paul

0724008-2

COMPAGNA ELETROBRAS DA POU
Av. Maracanã, 775 - Centro - RJ - 20011-000
CNPJ: 00.000.234/0001-01 - Inscrição no CNPJ: 00000000000000000000
Nº de Conta: 1026.F55B.A00A.1939.DD80.6743.9826.30ED

Nº da Nota Fiscal: 0006530788

A data da emissão da fatura é 18/05/2017. A data da

Mês de referência é MAIO/2017. Data de vencimento é 25/05/2017. Valor da fatura é R\$ 35,62.

MAIO/2017 25/05/2017 92 35,62

ROSALENE MESSIAS RODRIGUES SOUSA
PV BEBEDOURO S/N B-RURAL
CPF: 06002340814376
CEP: 64.375-080 - MANOEL ENBIO
RESIDENCIAL

ROT: 273.538.09.83.200000

DATA: 18/05/2017

ABRIL 12423 ANTES 12/05/2017
ABRIL 12331 ANTES 12/04/2017
Consumo em kwh 1.000 P.ultimo dia 12/06/2017
Consumo médio 92 Entrega 18/05/2017
Consumo futurista 92 FCBM Atendimento 18/05/2017

NOMINAL 30

RESID. BX. RENDA	NOME	AB661153	1.4.1.1	91
DETALHAMENTO DO CONSUMO				
ABR/17	52	CONSUMO	30 A R\$ 0,300790 =	6,02
MAR/17	103		62 A R\$ 0,344207 =	21,34
FEV/17	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,09
JAN/17	21	DIFERENCA DE TARIFA		26,49
DEZ/16	201	SUBVENCAO BAIXA RENDA		20,32
NOV/16	29	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,39	
OUT/16	33			
SET/16	67			
AGO/16	137			
JUL/16	113			
RESUMO DE FATTURA:				
01/01/16 - 31/12/16				
31/12/16 - 31/12/17				

Res/Ano Valor R\$ 18,89 47,77
04/2017 03/2017
03/2017 47,77

Declaro que quitados todos os débitos deste UC no ano de 2016 (Lei 12007/09).

RESUMO DA FATURA 1026.F55B.A00A.1939.DD80.6743.9826.30ED

DETALHAMENTO DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
Consumo	14,93
Aluguel	18,37
Tributos	2,21
Entrega	5,71
Total	32,58

DETALHAMENTO DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
Consumo	53,85
Aluguel	20,00%
Tributos	10,77
Entrega	0,32
Total	1,49

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

BRMAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

ROT: 273.538.09.83.200000

 Eletrobras
Distribuição Paul

COMPAGNA ELETROBRAS DA POU
Av. Maracanã, 775 - Centro - RJ - 20011-000
CNPJ: 00.000.234/0001-01 - Inscrição no CNPJ: 00000000000000000000

CIR: 1026.F55B.A00A.1939.DD80.6743.9826.30ED

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR
0724008-2	35,62
REFATURADO	
05/2017	25/05/2017
VENCIMENTO	

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 365 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470



83670000000 0 35620017000 5 00000000724 5 00820517008 0



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 11:46:23
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071311462320400000010201780

Num. 10756670 - Pág. 10

Número do documento: 20071311462320400000010201780

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO





PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - F
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192



AMC
92

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Dionerthy Soárez da Souza
SEXO: MASC () FEM IDADE: 46 anos
ENDERECO DA OCORRÊNCIA: Av. Presidente Kennedy - Centro de Manoel Emídio

TIPO DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| () Envenenamento | () Agressão Física | () Acidente de Moto |
| () Choque Elétrico | () Afogamento | () Acidente de Carro |
| () Urgência Obstétrica | () Queda | () Mal Súbito |
| () Urgência Pediátrica | () Já removido | () Falso Chamado |
| () Ferimento Arma Branca | () Ferimento Arma de Fogo | () Queimadura |
| () Atropelamento | () Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- () Alerta
 Responde ao Comando
 () Responde a Dor
 () Sem resposta

PUPILAS: FALTA:
 Igualis () Normal
 () Desiguais () Confusa

PULSO RADIAL:

- () Forte
 () Fraco
 () Ausente
 () Leve
 () Moderado Intenso

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| () Aspiração | () Outros _____ | () Acesso Veneoso |
| () Oxigênio | () Imobilização de extremidades | Solução _____ |
| () Reanimação CARDIO-RESP | () Prancha | () Ass. Obstétrica |
| () Ventilação Artificial | () Colar Cervical | () Hemostasia |
| () Monitorização | () KED | () Curativo |

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

Olos: fraturou no membro inferior direito.

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora	4:34	
P.A	120x80mmHg	
Pulso	74	
Respiração	23	
Saturação	98	
Temperatura	36,8	
Glicose	843	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

GENE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - PI - CEP: 64.002-470

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|
| () Melhorando | () Severa Gravidade | () Indeterminado |
| () Piorando | () Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| () Inalterado | () Pequena Gravidade | () Óbito no transporte |
| () Coma | () Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: HPP

Jana de Sátilva S. Almeida
Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

Profissional Recepcionista Hospital

Sabrina Amorim de Sátilva
7º Sabrina Amorim de Sátilva
Coordenadora do SAMU
Manoel Emídio - PI
COREN - PI 493449





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 N° FONE DO SOLICITANTE: 99 475 9854 N° VITIMAS: 1

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB USA AMBU. ESTADO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

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

Local da Ocorrência: Localidade Omeca

Ponto de Referência: Próximo a casa do Senhor Gervásio

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23-AGO-2017

HOSPITAL DE DESTINO: HPP

APOIO SOLICITADO:

POLICIA MILITAR

POLICIA CIVIL

UNIDADE ESTRANHA

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Telefonista

Sabrina de Santana
Enfermeiro/Técnica Emergência
Dra. Sabrina Ambrósio de Santana
Coordenadora do SAMU
Manoel Emídio - PI
COREN - PI 483440

Avenida Primeiro de Maio, 417 - Centro - Manoel Emídio-PI - CEP: 64.875-000
fone: (89) 3535-1552 E-mail: manoelemidio@samu.pi.gov.br



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, DEUSPTE TOAQUIN DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 1030.275 e inscrito no CPF/MF sob o nº 797.423-223-00, residente e domiciliado na NOVOADO BEBEDOURO FONTE REAL, Cidade MANOEL LINS, 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 Lider 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.

Deusppte Joa-Quim do Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

M. Enim-12 00/06/2017

Local e data

**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] 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 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito

() "Exame não permite conclusão"

que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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

() 50% médio (X) 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 - assinale 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.

Mauro Ricardo R. Bilibio

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - GPI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE COLÔNIA DO GURGUEIA-PI
Rua Sebastião Barbosa, s/nº, Centro, Colônia do Gurgueia-PI, CEP 64.885-000, email: dpcgpi@gmail.com.br, Fone: (85) 99153-5107



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 210/2017 - DPCOG

Delegacia: Delegacia de Colônia do Gurgueia/PI
Delegado: Danilo Barroso Ferreira Gomes

Resp. p/ Registro: Ana Carolina Tobler 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

Licença: Br 135,

Endereço: Povoado Almeida

Bairro:

Ponto de Ref.

Município: Manoel Emídio

Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE/ VITIMA

Nome: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Idade: 10/12/1991 46 ANOS

RG: 1.930.275 SSP/PI

CPF: 797423273-00

Telefone:

Filiação: Ana Raimunda da Silva Rocha Lemos e Washington da Silva Lemos

Endereço: Povoado Chubé

Bairro: Zona Rural

Ponto de Ref.

Município: Manoel Emídio

Estado: Piauí

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

VEICULO ENVOLVIDO

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

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Placa: CGP 11024790 CEP: 64.002-470
Renavam: 116835664

NARRATIVA DO FATO

O noticiante acima qualificado veio ao Distrito Policial noticiar 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 consegui 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 Manoel 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 Souza
Noticiante

Ana Carolina Tobler Gomes
Escrivã de Polícia Civil 3^a Classe
Escrivã (M) 2099-1233

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



**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 Emílio 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 induziu esta avaliação?
 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?
 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.
EVOLUÍU 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 deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?
 Sim Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(s) 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", conduzir diretamente ao Item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", marcar 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
 "Exame não permite conclusão"
Vide motivo de impedimento no campo das observações
 "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): | Região Corporal (Sequela): |
| TORNOZELO - Direito | |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve |
| <input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| | |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve | % 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 | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na integridade do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações ().
- Total = "100% da IS"
- V. (I) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

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


Dr. Mauro Ricardo Ramos Billups
CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4606



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Digitized by srujanika@gmail.com

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU DEUS DIFTE JOAQUIM DE SOUSA PORTADOR(A) DO RG Nº 1930.275 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 27/05/97
CPF 777.923.273-00 (CNP) 0000000000000000. PROFISSÃO AUREM
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DEUS DIFTE JOAQUIM DE SOUSA. AUTORIZD A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUR-
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

¹¹) 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; DPFAT

- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou PDA;

- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;

- Conta tipo FÁCIL, arrendo 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 Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 7.000,00;

- 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 no site da RECEITA-FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDP/AT 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 cópia 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 AGENCIA (com dígitos, se existir) 5794 Nº da CONTA (com dígitos, 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 DESCRIAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MARCELO ENRIQUE PIRES de JUNHO de 2017 Alcoolista fáquico do Sane
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 Invalides 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 incenitização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-071-204.



Data: 06/06/2017 Hora de Brasília: 09:31
Depósito em Conta Poupança

Agencia: 05754 - CANTO DO BURITI
Banco: 211 - Agência: 05754 - CANTO DO BURITI
Nome : DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA
Conta : 000001643724312
Depositante :
Valor em dinheiro :
Valor em cheque :
Valor total :

Ag.Bradescos : 5194 - CANTO DO BURITI
Corres.Banc.: 095 - SOLENIS
SUPERMERCADOS
NSU: 02711024687 Autenticação: 023189
U SOLENIS SUPERMERCADOS atua como
Correspondente Bancário do Banco
Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRASIL-SCD	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
06880 723	BIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
23 AGO. 2017	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470	



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

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

Nº Sinistro: **3170466523**
Vitima: **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





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.

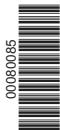
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



00080085

Carta nº 12000558



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 11:46:23
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131146232040000010201780>
Número do documento: 2007131146232040000010201780

Num. 10756670 - Pág. 22

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 inicio 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



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: 00000004660-4

Nr. Autenticação

BRADESCO08092017050000000002370579400000004660253125 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=2007131146232040000010201780>
Número do documento: 2007131146232040000010201780

Num. 10756670 - Pág. 26



Comunicado na internet

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: DEUSNÉTE JOAQUIM DE SOUZA

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: CASADO

Profissão: LIVREDADE

Identidade: 1.930.275 CPF: 797.423.273-00

Endereço: Povoado BEBEDOURO ZONA RURAL (01). Cunha - 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: 64.002-470

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcio DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres, 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. Guílio, 20/06/2017
Local e data

Deusnête Joaquim de Souza
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço a Firma por autenticidade
Deusnête Joaquim de Souza

Em Test^o. Floriano de Verdade.
Manoel Emílio (PI) 20/06/17

Almino Ribeiro



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 tibia e da fibula direita.

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

Resultados terapêuticos: Tratamento com immobilização 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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Deusdete Joaquin de Souza



CARTA DECLARATORIA

DEUSDOTE JOAQUIM DE SOUSA, RG 1.930.275 CPF 797.423.273-00
SINISTRO 3170 466523. VENHO ATRAVES DESTA INFORMAR A SEGURODORA
QUE NÃO FIZE O VALOR INDENIZADO QUE FOI PAGO DE 19% DO VALOR TOTAL
R\$ 500,00, POR ISSO VENHO PEDIR A SEGURODORA, QUE FAZER UMA NOVA
PERICIA MEDICA PARA COMPROVAR AS SEQUELAS QUE FIQUEI, FAZENDO
O LAUDO MEDICO COMPROVANDO A SEQUELA QUE FIQUEI QUE FOI CONSTATADO
70% PERDA FUNCIONAL, ESTOU ENVIANDO O LAUDO PARA COMPROVAR
E PELO QUE A SEGURODORA MANDOU UMA NOVA PERICIA PARA
PODE COMPROVAR AS SEQUELAS QUE VOU FICAR PARA RESTO
DA VIDA,

ESTAMOS LIVRES DE SINTOMAS
LIVRE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV. 2017
SENTE SECURADORA S.A. Rua Ocaíto de Resende, 465 Loja C Centro - Niterói - CEP: 24.900-070

MANOEL EMÍDIO 07 DE NOVEMBRO 2017

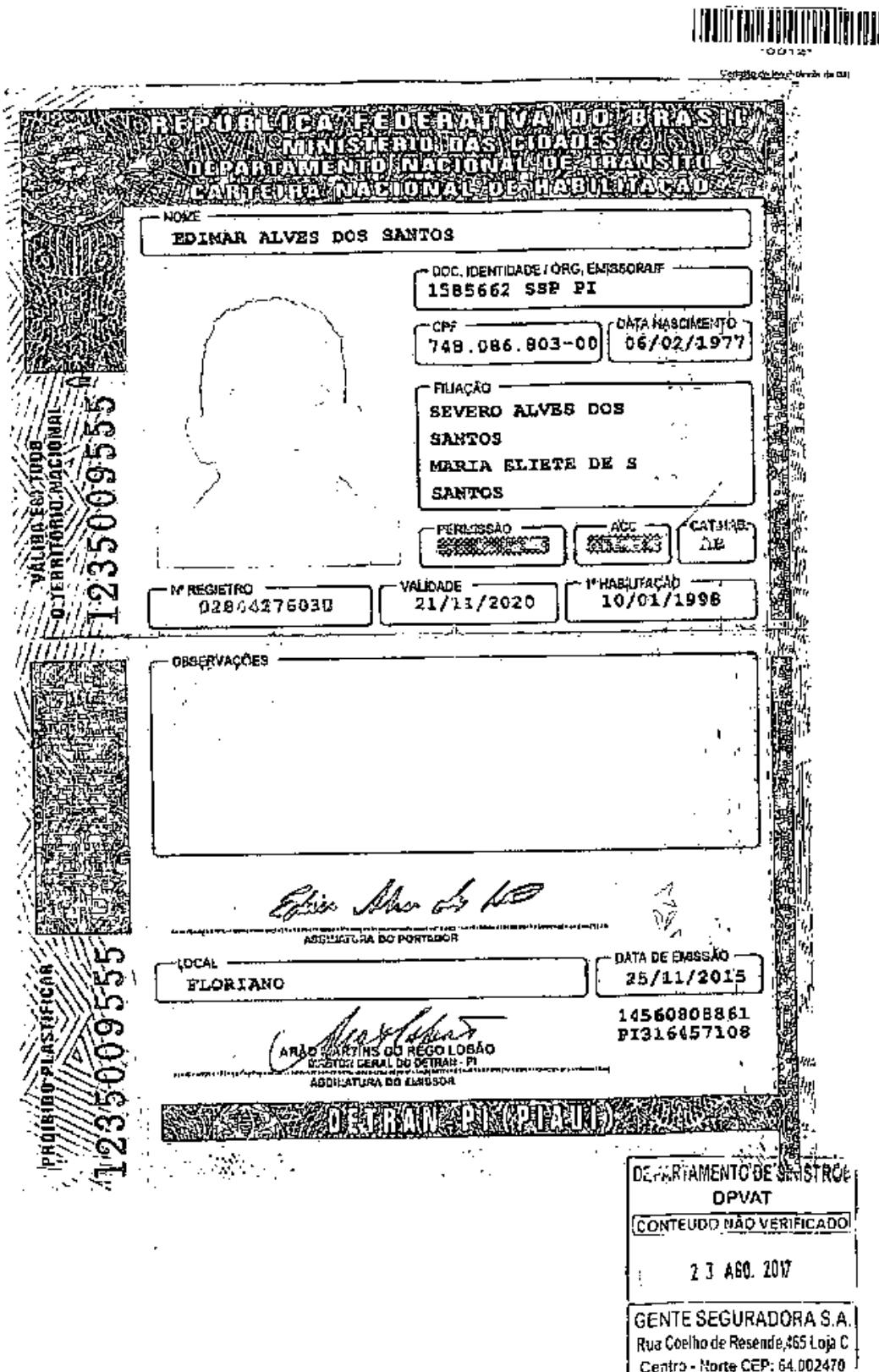


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINTISTRO DAS CIDADES

SEGUNDO CERTIFICADO DE AUTOMÓVEIS DE VIA TERRA		TANQUE DE GÁSOLINA	
PINº 012509020007 BILHETE DE SEGURO 2016			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO AUTOMÓVEL PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATO www.servicossegurancaautomovel.com.br SAC 0800-0000 0200 1234</p>			
		EXPIRAÇÃO DATA EMISSÃO 2016 17/10/2016	
VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:	
1	39110268657	HNY 3370	
RENAVAM:		MARCA & MODELO:	
116835664		HONDA/NXR150 Bros ES	
ANO/FABR.	CAT. TRAF.	Nº CHASSI:	
2003	09	9C2KD0330BR679053	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PMS (R\$)	DEN/TRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
129,03	14,33	143,36	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	VALOR DA PARCELA (R\$)	
4,15	1,10	292,01	
PAGAMENTO		DATA DE CANCELAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		05/10/2016	

ACORDO DE COLOCACAO DE VEICULO		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPSVAT	
		NÃO VERIFICADO	
		AGO. 2017	
		SEGURADORA S.A. de Resende, 465 Loja C Porto CEP: 64.002-470	
		G.R. G.R.	
		DETANAV. PI	Nº 011377539541
		01201502861UB	6106119982U
		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
		DOIS DIRETOS REGISTRO DE VEICULOS E DOCUMENTOS	
		1. 60116035364	
		SANDRO PEREIRA DE MEIRIAS	
		RUA SAO JOSE	00000
		URBANO	P.L.
		39110262857	NIT-0310
		JALISON ALVES DE FRANLIA	
		ESTADO: MARANHÃO	
		UF: MA	
		PAS/FONOCICLO/MENHUMA	
		CARRO	
		HONDA/NXR150 BROS ES	
		CATEGORIA: A	
		2008	
		2008	
		02/0149RT	
		PARTIC.	
		AMARELA	
		PLACA: 03-0000000000000000	
		VALOR: R\$ 0,00	
		DATA: 05/08/2015	
		MANUEL EMMILIO	
		SEM RESTRIÇOES	
		PAP: 000.28	
		DATA: 05/08/2015	
		ENDERECO: Rua Afonso Dutra - Pr	





VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.030.278 DATA DE EMISSÃO: 27.05.97

DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Andreas Bezerra da Souza
Larissa Marisa Pereira da Silva

Monnel Emidio-PI 10.062-1872
NATURALIZADO

Cas. nº 675 Lvt. B-05 Fl. 190v
Exp. 27.05.94 Monnel Emidio-PI

[Handwritten signature]

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

00012

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

[CONTENTO NÃO VERIFICADO]

23 ABR 2017

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Cachorro de Resende, 455 Loja C
Centro - Horre CCP: 64.002470

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

00012

Este documento é expedido e emitido no sistema de cadastro de pessoas
- Pessoas Físicas - e não é necessário apresentá-lo para comprovação de identidade.

Este documento é expedido e emitido no sistema de cadastro de pessoas
- Pessoas Físicas - e não é necessário apresentá-lo para comprovação de identidade.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Delegacia de Documentos

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Name: DEUSDETE JOAQUIM DE SOUSA

Nº do Início: 79742322-00 Data do Nascimento: 10/12/71





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 EMÍDIO, 26/10/17

FRANCISCO ADALBERTO NUNES
CIRURGIA GERAL E ULTRASSONOGRAFIA
CRM-PI 1999 / RQE 716

DEPARTAMENTO DE ORTHOPAEDIA
DRPAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
16 NOV. 2017
AGÊNCIA SECURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 165 Loja C Fortaleza - Ceará CEP: 64.002-420

Av. Presidente Médici, 129 - Centro - Eliseu Martins - PI - CEP: 64875-000 - Fone: 89. 99415-40251



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 11:46:23
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131146232040000010201780>
Número do documento: 2007131146232040000010201780

Num. 10756670 - Pág. 33