

Control: x Audiência: x Upload: x PJ: Consulta: x 0811479: x WhatsApp: x Tribunal: x Custas: x Merge PJ: x Caixa de: x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231088&ca=04ae796608b568cec84d68de59e7f1bee6...

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

**PJE** ProceComCiv 0811479-83.2019.8.18.0140  
JOSE EDILSON NUNES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...

10844081 - CONTESTAÇÃO (2735354 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/07/2020 11:09:01

17 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10844079 - CONTESTAÇÃO
  - 10844081 - CONTESTAÇÃO (2735354 CONTESTACAO 01)
  - 10844085 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 10844090 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10844443 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 10844446 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:09

downloadBinario.seam 1 / 11

2735354- CS/ 2020-02587/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

c.pdf prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf Exibir todos x

PT 11:09 17/07/2020



17/07/2020

Número: **0811479-83.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

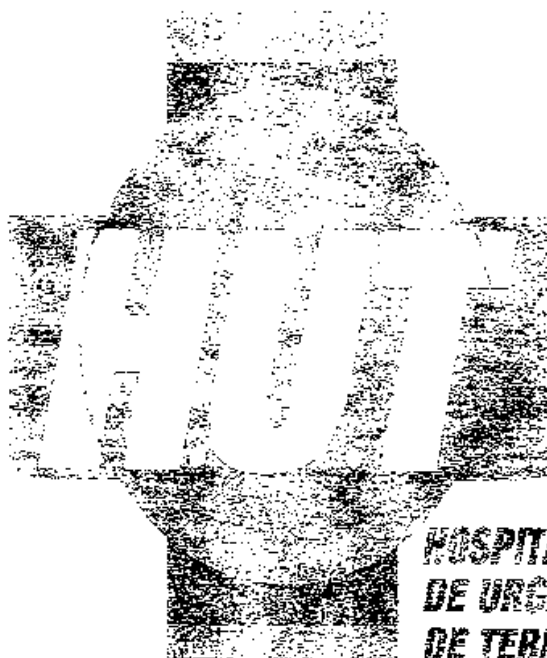
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDILSON NUNES (AUTOR)		AGEU ALVES DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10844 085	17/07/2020 11:09	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



0006

Aqui se encontra



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

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

NOME DO PACIENTE: Jose Edilson Nunes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 44896

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3729 4672  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Após avaliação da neurologia  
ao C.C.

SUS SUS

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

Neuro-

## DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE EDILSON NUNES			Prontuário:	44896
Mãe:	ANA CREUSA NUNES			Pai:	
End. Resid.:	RUA PAULO KIT, 5215 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-030				
Nascimento:	30/11/1981	Idade:	35a:7m:25d	Sexo:	Masculino
Responsável:	LUCIANA			Fone:	86- 9938-9252
Profissão:	ZELADOR			CNS:	706899/55103825
C. Instrução:	Fundamental Incompleto			CPF:	RG: 2038920 - SSPPI
End. Local:				E. Civil:	Casado

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	613130	Data:	24/06/2017 18:44:12	Condução:			
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Trajetória:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão moto moto há 4 horas. Refere  
ingestão alcoólica; não estava de capacete.

Usa óculos escuros, sem cola cervical, MU+ bilateral, supnucio  
intelectual hndy, pulso cheio; ECG: 15, sem dificuldades; Refere  
dor em pé direito; ombro E; e uma coluna torácica

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	h/m	Temp.:
----	---	------	--------	-----	-----	--------

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1. R. q. D, ombro E;  
2. TC de coluna cervical  
3. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 3.19  
4. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 2.1  
5. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 2.0  
6. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 2.0  
7. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 2.0  
8. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 2.0  
9. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 2.0  
10. SF O, q. 1000 ml, W. coág. 2.0

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inaleve ( ) A pedido	( ) Administrativa ( ) Por Indisciplina ( ) Por Evasão ( ) A pedido	( ) Retorno à Unid. Origem: ( ) Transferência:
DESTINO:	CONTENÚDO NÃO VERIFICADO		
OBITO:	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-020		

Luciana Benício de S. V. Val  
Paciente ou Responsável

Dr. Leonardo Lino  
MÉDICO  
CRM-PI 0575

Assinatura - Profissional - BE





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4870  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE EDILSON NUNES			Prontuário:	44896
Mãe:	ANA CREUSA NUNES			Pai:	
End. Resid.:	RUA PAULO XII, 5215 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-030				
Nascimento:	30/11/1981	Idade:	35a:7m:25d	Sexo:	Masculino
Responsável:	LUCIANA			Fone:	86- 9938-9252
Profissão:	ZELADOR			CNS:	706695 04103825
G. Instrução:	Fundamental Incompleto			Documento:	RG: 7099020 - SSPPI
End. Local:				E. Civil:	Casado A

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	613130	Data:	24/06/2017 18:44:12	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	FRATURAS EXPOSTAS DO 5º, 4º METACARPO C.D. QD CE APÓS LIBERAÇÃO DAS OUTRAS CUNHAS		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	/ /	DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRIVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO			
23 ABR. 2017			
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	/ /	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		
Dr. Edison Nunes		
Diagnóstico pré-operatório		
Fm da 4ª a T Metastases D + base 3. fudo		
Operação - Tipo		
RSGS CI FK + Tumor		
Cirurgião	1º Assinante	2º Assinante
Dr. W. W. W.	Dr. A. A. A.	Dr. B. B. B.
Instrumentador(a)	3º Assinante	Anestesiologista
Dr. C. C. C.	Dr. D. D. D.	Dr. E. E. E.
Anestésico(a)		
Data da Operação		
Início		
Fim		
Diagnóstico Pós-operatório		
O mpo		

Relatório imediato do Patologista

φ

DEPARTAMENTO DE BENSIMOT  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2017

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Fil em MTK aos Respostas
- 2) Manobras + Siga + Capas ester
- 3) Fm da 4ª a T Metastases CI JFO, CI.
- 4) Rastros de fudo CI FK m-65 automotriz de 4x
- 5) e T metotano D + Solução de 3 fudo ester de 1 D.
- 6) fudo pte + fudo

MOD. 76 - HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**DATA 25/06/17

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Golibson Nunes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>44896</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ft. de 4.5. Mieloma D1 e lesão de</u>	CIRURGIA: <u>Ressecar cr. Pz e Transferir</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. André dos Anjos</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Anderson</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Golubson</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Diguirhu</u>	CPF Nº: _____

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.			SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Kit - Crepam</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Exe. p/ litigação</u>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Electrodo</u>		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Mononylon 3.0</u>		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Valdivia</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Valdivia</u>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 11:09:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071711090105100000010282477>

Número do documento: 20071711090105100000010282477

# FOILHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA:	25/06/17	P. ARTERIAL	140x95	PULSO	70
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO	DEPENDÊNCIA				
SISTEMA RESPIRATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA DIGESTIVO	ASMA				
ESTADO MENTAL	BRONQUITE				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	SISTEMA URINÁRIO				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	CORTICÓIDES				
	ATÁRAXICOS				
	OUTROS				
	FÍSICOS				
	APLICADO AS				
	EFEITOS				
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
	1				
	2				
	3				
LÍQUIDOS	SO-LITO	500			
	SANGÜE	400			
	OUTROS	300			
TEMPERATURA	Cº	260			
		240			
		2			
P. ARTERIAL	36	200			
V O		180			
PULSO		160			
		140			
INÍCIO E FIM ANESTESIA		120			
X		100			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80			
		60			
RESPIRAÇÃO		40			
O		20			
		10			
SÍMBOLOS					
YÉCNICAS					
OPERAÇÕES	Cirurgia de fratura exposta de 4º e 5º metacarpo				
CIRURGIÕES	M. Loureiro				
ANESTESISTAS	Luiz Eduardo Novaes				
	MÉDICO				
	CRN: 1525-PI CPF: 200.435.893-91				
PARTICULARIDADES					
INCIDENTE - ACIDENTE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					

MOD. 76 - HUT







HOSPITAL DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Edilson Nunes	44896	Ortopédica	331	238.	
DAT/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				
2	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/MIN				
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H	VIT	HNSVVBHN V		
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H	Kale	Kale 24 86		
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H	Kale	Kale 24 86		
6	TILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H	Kale	Kale 24 86		
7	CURATIVO				
8	CCGG + SSVV				
SETE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Figueiredo, 465, Jd. C. Centro - Niterói CEP: 24.010-470		23 AOUT 2017	CONFELIADO E VERIFICADO	PRIVAT	





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Fato 1820 Redenção - Fone: 86 3225 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE EDILSON NUNES** (Prontuario: 44896)  
Endereço: RUA PAULO XII, 5215 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-030  
Nascimento: 30/11/1981 Idade: 35a:7m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 613130  
Requisição: 752916 Solicitação: 24/06/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 936579 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 24/06/2017

### T.C. DE COLUNA DORSAL

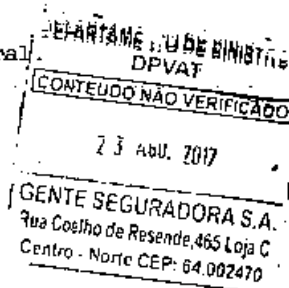
**TÉCNICA :** Foram realizados cortes axiais com espessura de 10 mm e intervalo de 10 mm, paralelos aos espaços discais de D1 a D12.

#### RELATÓRIO:

- Corpos vertebrais, pedículos, lâminas posterior, apófises transversas, espinhosas e facetas articulares com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- Canal vertebral ósseo nos seguimentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Medula espinhal com coeficientes de atenuação normais.
- Estruturas das partes moles paravertebrais com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

**CONCLUSÃO:** Exame de aspecto normal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 24/06/2017

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

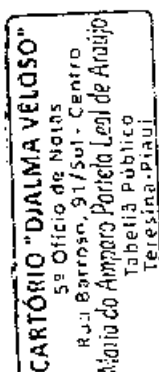
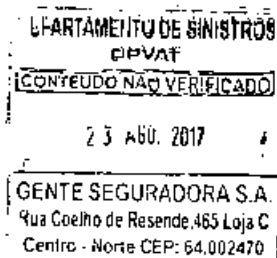


# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEICULO



Eu , **LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE**, portadora do RG: 2.502.771 SSP-PI, data de expedição 17/06/16 e portador do CPF: 007.150.993-37, domiciliado NA CIDADE de Teresina NO ESTADO DO Piauí onde reside no na Rua Nicinha,3241, Satellite, Teresina, Piaui declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima JOSE EDILSON NUNES, cujo condutor era JOSE EDILSON NUNES.

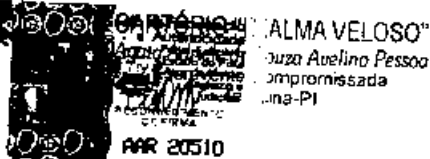
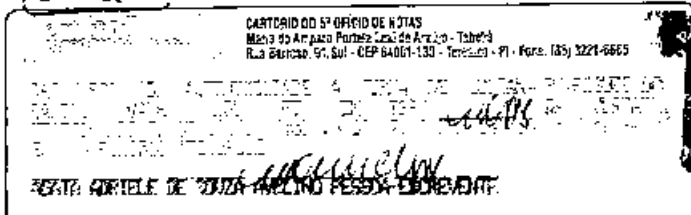
Veiculo : PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA  
MODELO : HONDA POP100  
ANO : 2015  
PLACA PIH-8245  
CHASSI : 9C2HB0210FR477921  
DATA DO ACIDENTE:24/06/2017



Teresina (PI), 21 de julho de 2017

Luciana Rodrigues dos Santos Vale  
Assinatura do declarante

Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro)





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Edilson Nunes

RG nº 2.038.920, data de expedição 18/12/15, Órgão SSP/PI

CPF nº 868.852.603-6, 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>R. Vicinha</u>
Número	<u>nº 3241</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Satélite</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
23 ABR 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
3ª Colônia de Resende, 463 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002477

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina-PI 21/08/2017

Assinatura do Declarante: José Edilson Nunes



Número do documento: 20071711090105100000010282477



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU  
192

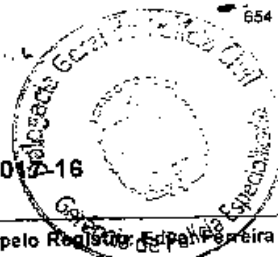
Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	13 Ponto de referência	
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	19 Acidente de transporte	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
Exame Físico	23 Glasgow	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
Observações Interdisciplinares	Observações Interdisciplinares				
<p>Responsável pela recepção: _____</p> <p>Socorristas: Médico _____ AE/TE _____</p> <p>Enfermeiro: _____ Condutor: _____</p>					

Versão: 27.11.2011





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



654 v 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003331/2017-16

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 02/08/2017 - 08:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

24/06/2017 - 16:00

Tipo Local  
VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESIDENCIAL SATURNO, Nº

Complemento

Bairro

PORTO DO CENTRO



Ponto de Referência

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
HOSPITAL DO BAIRRO SATELITE

DADOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

Nome: JOSÉ EDILSON NUNES

RG: 20389205SPPI

Mãe: ANA CREUSA NUNES

Endereço: RUA NICINHA VILA BANDEIRANTE-I, Nº 3241

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-3594

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

12 Set. 2017

COMPANHIA SEGUROADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Entrada Norte CEP: 64.002.470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA POP 100, COR VERMELHA, ANO 2015/2015. PLACA PIH-3245, DE PROPRIEDADE DA SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS REIS VALE, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE COLIDIU COM O VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº44896. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ EDILSON NUNES - Noticiante  
Responsável pela Informação



Boletim de Ocorrência emitido em 02/08/2017 08:48 - SisBO@2011-2017 AT1

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 11:09:01  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071711090105100000010282477>  
Número do documento: 20071711090105100000010282477

Num. 10844085 - Pág. 13



AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.003331/2017-16

JOSÉ EDILSON NUNES/NOTICIANTE/VÍTIMA, AVERBA NESTE BOLETIM QUE O PROPRIETARIO DO VEÍCULO-I MOTO PLACA PIH-8245, É A SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE. É A AVERBAÇÃO..

JOSÉ EDILSON NUNES (AVERBANTE)

TERESINA, 06/09/2017

*Edvar Ferreira Nunes*

EDVAR FERREIRA NUNES

AGENTE ESPECIAL MAT. 0092576

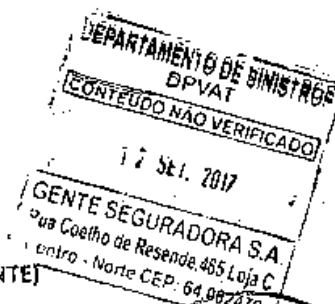






AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.003331/2017-16

JOSÉ EDILSON NUNES/NOTICIANTE/VÍTIMA, AVERBA NESTE BOLETIM QUE O PROPRIETARIO DO VEÍCULO-I MOTO PLACA PIH-8245, É A SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE. É A AVERBAÇÃO..



JOSÉ EDILSON NUNES (AVERBANTE)

TERESINA, 06/09/2017

*Edvar Ferreira Nunes*

EDVAR FERREIRA NUNES

AGENTE ESPECIAL MAT. 0092576



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



\*0004\*

Documento de identificação

Eu, José Edilson Nunes, portador da carteira de identidade nº 2.038.920 e inscrito no CPF/MF sob o nº 868.852.603-63 residente e domiciliado na R. Naimha nº 3241 B- Sateleto, Cidade Teresina, 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:

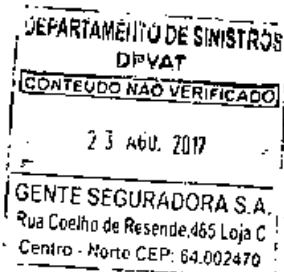
( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) 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.



José Edilson Nunes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina PE 21/08/2017

Local e data





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



54 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003331/2017-16

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 02/08/2017 - 08:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESIDENCIAL SATURNO, Nº

Complemento

Data/Hora

24/06/2017 - 16:00

Bairro

PORTO DO CENTRO

Ponto de Referência

HOSPITAL DO BAIRRO SATELITE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ EDILSON NUNES

RG: 2038820SSPP

Mãe: ANA CREUSA NUNES

Endereço: RUA NICINHA VILA BANDEIRANTE-I, Nº 3241

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-3594

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

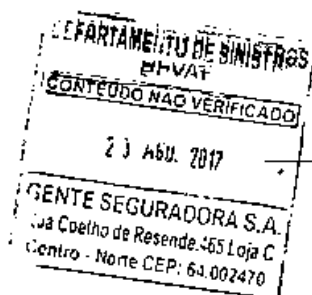
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA POP 100, COR VERMELHA, ANO 2015/2015, PLACA PIH-8245, DE PROPRIEDADE DA SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS REIS VALE, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE COLIDIU COM O VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº44896. E O REGISTRO.

Edvar F. Nunes  
Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576  
AGENTE DE POLÍCIA

José Edilson Nunes  
JOSÉ EDILSON NUNES - Noticiante  
Responsável pela Informação





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Jose Edilson Nunes  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.038.920 EXPEDIDO POR SSPIPI EM 18/12/15 E  
CPF 6.68853603-63 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recusado  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusado NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REIMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Edilson Nunes, 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, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta aberta) 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados os 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 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3808 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14697-0

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.

Teressina 01 de Agosto de 2017 Jose Edilson Nunes  
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 ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-4121204.



CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 1474

227-824190680-1

15/AGO/2017

HORA DE 08:27:50

CPF: 10.19565-9

TERM: 057698

LOCALIDADE: TERESINA  
AG. VINCULADA: 3389

CONTROLE: 383141780

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3588 013 00014697-0

JOSE EDISON RIBEIRO

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

227-824190680-1

1ª VIA

CAIXA Loterias

DEPARTAMENTO DE DINHEIRO  
BRVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 Ago. 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº: 11704389

A/C: JOSE EDILSON NUNES

Sinistro: 3170466532 ASL-0328188/17  
Vítima: JOSE EDILSON NUNES  
Data Acidente: 24/06/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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](http://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. 00007/00008 - carta\_02



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11800696

A/C: JOSE EDILSON NUNES

Sinistro: 3170466532 ASL-0328188/17  
Vitima: JOSE EDILSON NUNES  
Data Acidente: 24/06/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: JOSE EDILSON NUNES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003808

Conta: 0000014697-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01459/01460 - carta\_15R



00030730



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11576200

A/C: JOSE EDILSON NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170466532 ASL-0328188/17

Vitima: JOSE EDILSON NUNES

Data Acidente: 24/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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](http://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](http://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. 00805/00806 - carta\_01





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDILSON NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000014697-0

---

---

Nr. da Autenticação 4D608982D41D8708



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170466532 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON NUNES **Data do acidente:** 24/06/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta dos 4º e do 5º metatarsos com lesão do tendão extensor do pé direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame vítima apresenta cicatriz com 03 cm no pé direito, região dorsal com afundamento, edema residual, rigidez articular dos 3º, 4º, e 5º pododáctilos direitos, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixação de 02 fios de kirschner no 4º e no 5º dedos do pé direito. Refere que não fez fisioterapia e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mauro Ricardo Ramos Bilibio

**CRM do médico:** 6373

**UF do CRM do médico:** MA

### 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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): **JOSE EDILSON NUNES** Sinistro: **3170466532** Data: **24/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Nicinha, 3241, Casa - Satélite - Teresina - PI - CEP 64059-340**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PI** ] **2.038.920**

Data local do exame: [ **29/09/2017** ] **Teresina** [ **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 exposta dos 4º e do 5º metatarsos com lesão do tendão extensor do pé direito. Ao exame vitima apresenta cicatriz com 03 cm no pé direito, região dorsal com afundamento, edema residual, rigidez articular dos 3º, 4º, e 5º pododáctilos direitos, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do 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.  
**Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixação de 02 fios de kirschner no 4º e no 5º dedos do pé direito. Refere que não fez fisioterapia e que já teve alta definitiva do tratamento médico.**

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.

**Limitação funcional do pé direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

( ) "Exame não permite conclusão"  
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):  
**Pé direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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 Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3170466532

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDILSON NUNES

Data do acidente: 24/06/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em pé direito

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

### DANOS

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

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.038.920 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/15

ADMI JOSÉ EDILSON NUNES

FILIAÇÃO ANA CREUSA NUNES

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 30/11/1981

DOL. ORDEM CERT. NASC. 123887 L 162 F 474

EXP TERESINA-PI 15/12/15

CPF 852.803-83

TERMINAÇÃO 852.803-83

LEI Nº 7.116 DE 2008/03 - DECRETO Nº 88.200/03



Carteira Verde Sinistro  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 ABR 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói CEP: 24.002-270

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

Assinatura do Titular: *Ednan Soares Coutinho*

0720130





## SINISTRO INVALIDEZ

NOME DA

VÍTIMA: JOSE EDILSON NUNES

PORTADOR / RESPONSÁVEL:

TELEFONE OU EMAIL

☒ NOVO

☐ PENDÊNCIA

☐ REANÁLISE

### DOCUMENTAÇÕES:

☒ CÓPIA AUTENTICADA OU ORIGINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

☒ COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO

☐ CÓPIA AUTENTICADA DO LAUDO DO IML

☒ DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PADRÃO DA SEGURADORA LÍDER)

☒ DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (CASO ACIDENTE ENVOLVA APENAS UMA MOTOCICLETA E A VITIMA NÃO SEJA PROPRIETÁRIO)

☒ DOCUMENTAÇÃO MÉDICO- HOSPITALAR

☒ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF

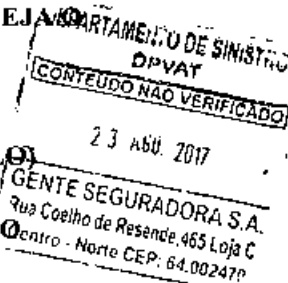
☐ DUT- (CASO A VITIMA SEJA PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

☒ CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO OU EXTRATO BANCÁRIO

☒ DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

☒ CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



Recebido por:

Andre Luiz Lima

Data do recebimento:

20/08/17

Vítima

Jose Edilson Nunes

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Coelho de Resende, 465, Loja C - Centro - Norte - CEP 64000-370 - TERESINA - PIAUI

Fone: (86) 3085-4866 - E-mail: dpvat.pi@genteseguradora.com.br

www.genteseguradora.com.br

