

Screenshot of a web browser showing a legal document viewer interface. The main window displays a document titled "10844081 - CONTESTAÇÃO (2735354 CONTESTACAO 01)" with the date "17 Jul 2020". The left sidebar shows a tree view of the document structure, including sections like "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and "10844079 - CONTESTAÇÃO (2735354 CONTESTACAO 01)". The right panel shows a preview of the document, which includes a logo for "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The status bar at the bottom shows the date "17/07/2020" and the time "11:09".



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**

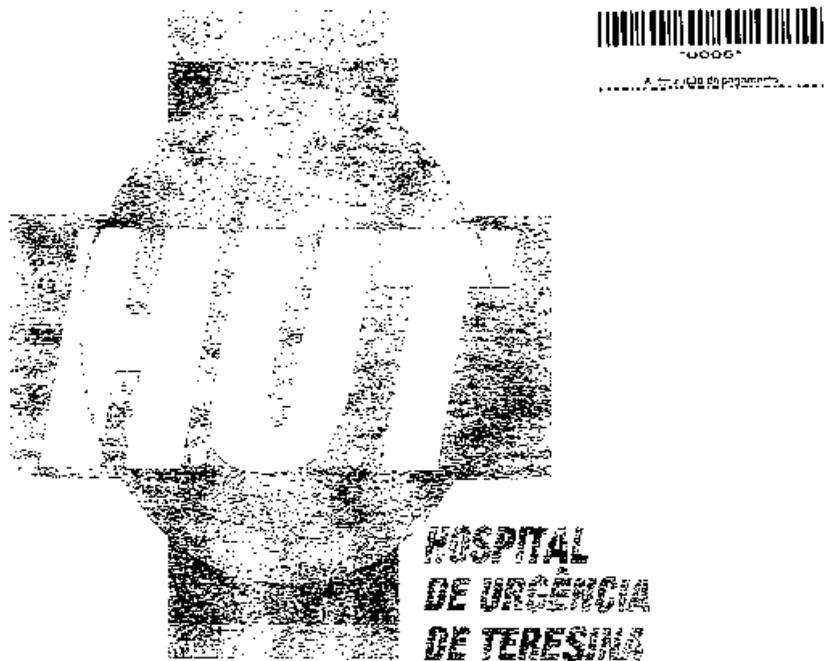
Justiça gratuita? **SIM**

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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



**HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: José Edilson Nunes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 44.896

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Rito 1820 Redenção - Fone: 06 3719 4672
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Após avaliação da neurogênese
ao C.C.

SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOSE EDILSON NUNES		Prontuário: 44896
Mãe: ANA CRÉUSA 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	CNS: 70689555103825	Fone: 06- 9938-9252
Profissão: ZELADOR	CPF: 2038820 - 55PPJ	RG: 2038820 - 55PPJ
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Vítima vítima de colisão moto moto há 6 horas. Refere
ingesta alcoólica; não estava de capacete.

Via aérea aberta, sem edema cervical, MVR⁺ bilateral, espasmo
esternal hiper, pulso cheio; ECG: - , sem déficit. Refere
dor em p/ distensão; ombro E; e um calema torácica.

PA: _____ mmHg | P脉: _____ | PC: _____ bpm | Temp.: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
* Rx qui D, ombro E, TC de coluna dorsal SÉ 0,47, 1000 ml, AV: 3000 Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100ml, AV: 2000	
RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA TC CT Cefal	
DATA: 24/06/17 Hora: 11:31 TECNÓLOGO	

ALTA: Melhorado Curado Inhalador A Pedido DEPARTAMENTO DE SINISTRO DIVAT	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão () Internado	
	() Recomeça a Unid. Origen: _____ () Transferido: _____	
	DATA SAÍDA: / / HORA: : :	
	() Internação na Unidade Proced. Solicitado:	
ÓBITO: Data: 24 HS 3 ABU. 2017 DESTINO: Família	() CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:	
	() IMI GENTE SEGURADORA S.A. Av. Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-420	

Luciano Rodrigues S. V. de
Paciente ou Responsável

Dr. Leonardo Lino

MÉDICO
CRM-PI0675

Assinado eletronicamente - Profissional - BE





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3219 4870
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Data: 17/07/2017 14:46:25
Assinatura: HUT

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE EDILSON NUNES		Prontuário: 44896
Mãe: ANA CREUSA NUNES	Pai:	
End. Resid.: RUA PAULO XII, 5215 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: -4900-030		
Nascimento: 30/11/1981	Idade: 35a:7m:23d	Sexo: Masculino
Responsável: LUCIANA	CNS: 706805-0-103825	Fone: 86- 9938-9252
Profissão: ZELADOR	Documento: RG: 7034920 - SSPPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado	A
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA: ORTOPEDIA	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: FRATURAS EXPLOSAS DD 5º, 4º MÉTATARSAL E A DD CP APÓS LIBERDADE DAS OUTRAS CLINICAS	
Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / DEPARTAMENTO DE SINISTRO ÓBVIA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
23 ABR. 2017	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
Código: 613130-024102	

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Prof. 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 Edilson Alves		
Diagnóstico pré-operatório		
Fractura de 4º. Fº Metatarsus D) + lesão 3º. tendão Tendo de D)		
Operação - Tipo		
Rx + Fx + Tendão de D)		
Cirurgião		
Dr. W. W. W. + Dr. F. F. + Dr. T. T. T. (Assinatura)		
2º Assinante		
Dr. A. A. A. (Assinatura)		
Instrumentador(a)		
Anestesiista Anestesia		
Anestésico(a)		
Data da Operação		
Início Fim		
Diagnóstico Pós-operatório		
O Mma		
Relatório Imediato do Patologista		
DEPARTAMENTO DE EINSTRÔMOS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 23/01/2017		
Acidente Durante a Operação		
Nas feras GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
D) fil tra DNH 405 Regata -> Macrobloco + Argar + Ceras esterilizadas -> Fita elástica + Tijolos esponjosos cr IFORI. (3) Parafixos fixos cr Fx n.º 45 informática de 6x e Tº Metatarsus Duct + Sutura de 3. tendão entressos de D). F) sutura pele + cintura		

MOD. 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO 5.0001

DATA 25, 06 / 77

NOME DO PACIENTE:		DATA
DIAGNÓSTICO:		PRONTUÁRIO N°:
ANESTESIA:		CIRURGIA:
CIRURGIA:		Nº DA SALA:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIA:		CPF N°:
INSTRUMENTADORA:		CPF N°:

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 N° 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA N° 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	04		PVP TÓPICO DEPARTAMENTO DE BEMESTE	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVP TINTURA DEPARTAMENTO NÃO VERIFICADO	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC 23 ABR. 2017	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC CENTE SECURADORA S.A.	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC Coelho de Resende 45 L	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC Centro - Norte CEP: 64.002-470	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.			SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			Kit - Crepam	UNID.	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Bse. pt de ligar para aula			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				“ “			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Gutroader			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Mononylon 3.0			
ALCOFIL				11			
MONONYLON		20	61				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				Valdirine			

MOD - 094



FOILHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO										
DATA	23/06/17	P. ARTERIAL	140x95	PULSO	100	RESPIRAÇÃO										
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGÍNEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINEMIA										
EXAMES DE URINA						HEMATOCRITOS	GLICEMIA									
ESTADO MENTAL							DOS. URÉIA									
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO																
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)																
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	1	2	3	4	5	6	TOTAL DE DOSES								
LÍQUIDOS	SO-LITO	500	400	SANGUE	300	200	OUTROS	100								
TEMPERATURA	C°	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	10	INCIDENTE - ACIDENTE
P. ARTERIAL		36	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	10	DURAÇÃO
V																
O																
PULSO																
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X															
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO																
RESPIRAÇÃO	O															
SÍMBOLOS																
TÉCNICAS	LHARTAMENTO DE SINISTRA DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO SEQUENCIA															
OPERAÇÕES	1 23 abr. 2017															
CIRURGIÕES	2															
ANESTESISTAS	3															
MÉDICO	4															
CRM: 1525-PI CPF: 200.435.893-91	5 GENTE SEGURADORA S.A.															
	6 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C															
	7 Centro - Norte CEP: 64.002-470															
PARTICULARIDADES	9															
	10															
	11															
	12															
	13															
	14															
	15															
MOD. 76 - HUT	CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS															





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 11:00:01

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 11:09:01
<http://tinyurl.com/hzr294> (Preenchido/Consultado) (list) (view) (edit) 20277471120212512000000120282477

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView

Núm. 10844085 - Pág. 7



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Octavio Pinto 1820 - Redenção - Fone: 86 3225 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE EDILSON NUNES** (Prontuário: 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, pediculos, 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

23 AGO. 2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

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



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,
Satelite, Teresina, Piaui declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo
mentionado 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PPVAF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO. 2017

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

CARTÓRIO "DALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
R. J. Barroso, 91/Sul - Centro
Manu do Amigo/Portaria Leil de Araújo
Tribunal Públco
Teresina-PI

5º Ofício

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)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Márcia do Amparo Portas, Leil de Araújo - Tchê
Rua Barroso, 91, Sul - CEP 64001-130 - Teresina - PI - Fone: (85) 3221-6665



"DALMA VELOSO"
Juiza Avelino Pesso
compromissada
Teresina-PI

PAR 20510

ESTA CARTA FICARÁ DESENTRALIZADA





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Edilson Nunes

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

CPF nº 568.852.603-63 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. Vicente</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	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: José Edilson Nunes



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 3821	02 Data do chamado 12/16/17	03 PRO (código) RH00	04 Saída do PA 16.67	05 Chegada ao local 17.12
Local da Ocorrência	06 Saída do local 17.12	07 Chegada ao 1º hospital 17.12	08 Saída do 1º hospital 17.12	09 Chegada ao 2º hospital 17.12	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Principal do Residencial Saturno	11 Bairro Sete Lagoas	12 Município-UF THE - PI		
Local de Ocorrência	13 Ponto de referência Próx ao Hospital do Sete Lagoas				
Dados do Paciente	14 Nome José Edilson Nunes	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	16 Idade 31	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica <input type="checkbox"/> NESTE LUDO NÃO VERIFICADO	18 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Local de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros GENTE SEGURADORA S.A.	17 - J. P. Resende de Resende 465 Loja C 18 - Falso chamado Centro - Norte CEP: 64.002-470
Local de Transporte	19 - Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 - Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 - Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 - Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 - Glasgow ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-A dor 1-Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 - Sinais Vitais Pulso _____ Resp. PA 100x60 TAX. _____ Sat02	25 - Local da lesão
Assistência	26 - Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 - P脉搏 1 - Radial 2 - Central 3 - Ausente 1 - Cheno 2 - Fluo 3 - Ausente	28 - Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 - Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	30 - Escala de Dor de 0 a 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 7 - 10
Hospital de Destino	31 - Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical KED	32 - Hospital de Destino HUT	33 - Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 - Óbito <input checked="" type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	<input type="checkbox"/> Não Removido
Observações Interdisciplinar	<p><i>Motorista segundo relato de populares, o homem não havia sentido dor corporal, no entanto, havia 100g de bebida alcoólica no estômago, p/ D. reflexo doloroso, cefalógie, sudorese, taquicardia, pressão arterial elevada e febre. Ingestão de bebida alcoólica em excesso. Diagnóstico:</i></p>				
Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE <i>Edilson</i>	Enfermeiro Condutor <i>A. Porteiro</i>			
Versão: 27.11.2011	AE:009955-P/				





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

Bairro

Município

PORTO DO CENTRO

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESIDENCIAL SATURNO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

HOSPITAL DO Bairro SATELITE



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12/06/2017

12/06/2017

Nome: JOSÉ EDILSON NUNES

RG: 2038920SSPPI

Mãe: ANA CREUSA NUNES

Endereço: RUA NICINHA VILA BANDEIRANTE-I, Nº 3241

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-3594

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64002-220

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/VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE N°44896. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ EDILSON NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



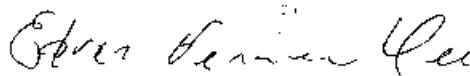


AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.003331/2017-16

JOSÉ EDILSON NUNES/NOTICIANTE/VÍTIMA, AVERBA NESTE BOLETIM QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO-1 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

AGENTE ESPECIAL MAT. 0092576



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. 14



AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.003331/2017-16

JOSE EDILSON NUNES/NOTICIANTE/VÍTIMA, AVERBA NESTE BOLETIM QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO-1 MOTO PLACA PIH-8245, É A SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE. É A AVERBAÇÃO..

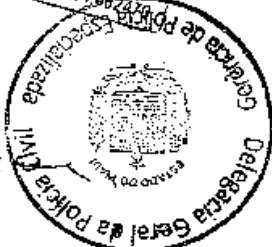
JOSE EDILSON NUNES (AVERBANTE)

TERESINA, 06/09/2017

Edvar Ferreira Nunes

EDVAR FERREIRA NUNES

AGENTE ESPECIAL MAT. 0092576



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documentos 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. Nicanha nº 3241 B- Sutelito, 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.

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

José Edilson Nunes
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Teresina - PI 21/08/2017

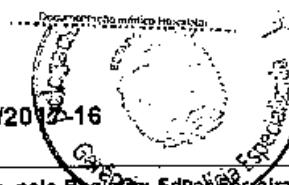
Local e data





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 N°: 100203.003331/2017-16

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 02/06/2017 - 08:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
24/06/2017 - 16:00 334151

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

TERESINA

PORTO DO CENTRO

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESIDENCIAL SATURNO, N°:

Complemento

Ponto de Referência

HOSPITAL DO BAIRRO SATELITE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ EDILSON NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2038820SSPPI

Mãe: ANA CREUSA NUNES

Endereço: RUA NICINHA VILA BANDEIRANTE-I, N° 3241

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-3594

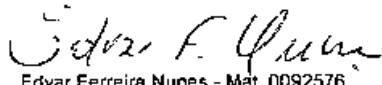
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

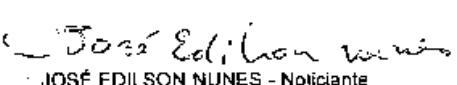
Natureza(s) da Ocorrência

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 N°44696. É O REGISTRO.

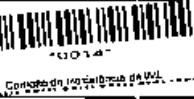

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA


JOSÉ EDILSON NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, José Edilson Nunes,

POR PORTADOR(A) DO RG N° 3.038.930 EXPEDIDO POR SSPIPI EM 18/12/15 E
CPF 66885260363 / CNPJ 00000000000000, PROFISSÃO Recepcionista -
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebendo, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REIMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Edilson Nunes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 ~~na sequência~~ devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS, PREVIDÊNCIA SOCIAL, Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresário) ~~ou PROFISSIONAL~~
- 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 Económica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no 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/scan 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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina 01 de Agosto de 2017 José 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.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-4121204.



CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVINTORIA 0800 726 1474

227-824190680-1

15/AGO/2017 HORA DF 08:27:58

LOU: 10.19565-9 TERM: 05/098
LOCALIDADE: TERESINA
AB. VINCULADA: 3389 CONTROLE: 083141784

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3608 013 00014697-0

JOSE COTIA SON NUNES

VALOR



ESTE RECIBO É VALÍDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

227-824190680-1

1a VÍA

CAIXA Loterias

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA
GRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23/AGO/2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Resende, 465, Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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. 19

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.

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 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



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



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. 23

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 Ao exame vítima apresenta cicatriz com 03 cm no pé direito, região dorsal com afundamento, edema residual, rigidez **médico pericial:** 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:



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. 24

**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 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.

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 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"
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



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. 25

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 predizer 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:

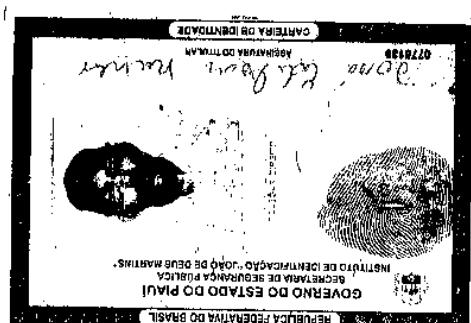


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 11:09:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071711090105100000010282477>
Número do documento: 20071711090105100000010282477

Num. 10844085 - Pág. 26

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GENERAL	2.038.920	DATA DE EXPEDIÇÃO	18/12/15
NOME: JOSE EDILSON NUNES			
FILIAÇÃO	ANA CREUSA NUNES		
NATURALIDADE	DATA DO NASCIMENTO		
CAMPOMAIOR-PI	30/11/1981		
DATA DE EXPEDIR	01/01/2016		
DOC. ORIGEM	123887 L 162 F 474		
EXP. TERESINA	15/12/15		
CPF	68.852.603-03	Nome	Marley Farias
TELEFONE	85-3210-0000	ENDERECO	Av. das Flores, 1000 - Centro - Teresina - PI
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 88/1983			



CHAMADA DE SINISTRO
ORVAY
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23/08/2017
GENTE SEGUROORA S.A.
Rua Coelho de Barros, 465, Loja C
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20000-0470



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

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

Recebido por: André Viana Vinhais Data do recebimento: 20/08/17

Vítima João Edilson Nunes

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Coelho de Resende, 465, Loja C - Centro - Norte - CEP 64000-370 - TERESINA - PIAUÍ
Fone: (86) 3085-4866 - E-mail: dpvat.pi@genteseguradora.com.br
www.genteseguradora.com.br

