

Browser tabs: Email - Alana Lima, Controle de docum..., Mensagens, Audiências, Consulta processo..., 0800577-45.2019.8, Download file | iLo...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=354679&ca=0a40b854ce4bf9aff213b03d4fed025bf21e...

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

Header: **PJE** ProceComCiv 0800577-45.2019.8.18.0084
ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

Search bar: 11590948 - CONTESTAÇÃO (2746927 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 28/08/2020 09:48:48

Left sidebar (28 Aug 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11590691 - CONTESTAÇÃO
 - 11590948 - CONTESTAÇÃO (2746927 CONTESTACAO 01)
 - 11590949 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11590950 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11590951 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11590952 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main content area (downloadBinario.seam):

2746927- CS/ 2020-03210/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRO DURO/PI

Processo: 08005774520198180084

Footer: PT, 09:48, 28/08/2020



Número: **0800577-45.2019.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barro Duro**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11590949	28/08/2020 09:48	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

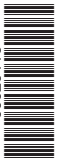
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14418976

Pag. 00891/00892 - carta_01 - INVALIDEZ

00020446





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00823/00824 - carta_03 - INVALIDEZ

00060412



Carta nº 14442653





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00615/00616 - carta_02 - INVALIDEZ

00020308



Carta nº 14741728





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363466

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000022663-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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.

Número do Sinistro: **3190363466**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

LOCALIDADE RETIRO 01 - Passagem Franca do Piauí - PI - CEP 64395-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **399697**

Data e local do acidente: [**04/03/2019**] **Barro Duro- PI**

Data e local do exame: [**29/08/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura na base do 2º metatarso direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima refere dor à palpação, apresenta limitação leve dos movimentos da flexão e extensão do 2º pododáctilo à direita.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento conservador com aparelho gessado. A fratura está consolidada. Evoluiu sem intercorrências. Alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º pododáctilo direito

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 049.108.648-22 Nome completo da vítima: Antonio Francisco do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Antonio Francisco do Nascimento CPF: 049.108.648-22
Profissão: Lavrador Endereço: Localidade Retiro 01 Número: 517 Complemento: Zona Rural
Bairro: Zona Rural Cidade: Brasagem Franca Estado: Piauí CEP: 64.395-000
E-mail: Recursos-je Tel. (DDD): 86 99981-6008

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____ 05 JUN 2019
AGÊNCIA: 1607 CONTA: 02663 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo assinalado, solicito o arquivamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, determinando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

Local e Data: Brasagem Franca, Piauí 27.05.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
05 JUN 2019
DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE Ocorrência Nº 080/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 03/04/2019-10:00

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 04/03/2019-10:00
Município: BARRO DURO-PI Bairro: ZONA URBANA
Endereço: BR 316
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Documentos: RG: 399.697 SSP-PI; CPF: 049.108.648-22 Filiação: ESPEDITO FEITOSA DE ARAUJO E MARIA ROSA DE ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRO Endereço: POVOADO MUCAMBO
Naturalidade: BARRO DURO-PI Complemento:
Estado civil: união estável Bairro: ZONA RURAL
Profissão: TRABALHADOR RURAL Município: BARRO DURO-PI
Nascimento: 2-/02/1961 Telefone(s): 86-284-1120

NATUREZA(S) DA Ocorrência

- SEGURO DPVAT

RELATO DA Ocorrência

Dados do Veículo:
- Tipo: motocicleta - Placa: OED 0362
- Marca/ Modelo: HONDA CG 150/FAN ESI - Chassi: 9C2KC1670DR472436
- Ano/Modelo: 2013/2013 - Renavam: 00529941724
- Cor: VERMELHA - Proprietário: RAIMUNDO NANATO PITOMBEIRA

Narrativa:

Relata que quando se deslocava na BR-316 para na sua motocicleta quando foi surpreendida por um carro veículo SAVERO que invadiu a pista; que ao tentar se desviar, se desequilibrou, caindo ao solo e ao tentar apoiar-se no chão, acabou quebrando a perna direita; que foi levada ao hospital desta cidade de Barro Duro-PI, onde recebeu o primeiro atendimento, conforme documentação anexa. É A NARRATIVA.

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Resp. pela Informação

BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR
Delegado de Polícia Civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

AGENCIARIA DE SEGUROS

05 JUN 2019

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1607

CONTA: 22663

AGÊNCIA:

CONTA:

DPVAT

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo assinalado, solicito o arquivamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, determinando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

Local e Data: Brasília, DF, 27.05.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina a RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
05 JUN 2019
DPVAT



CONSULTA BÁSICA

DATA: 04/03/19

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Antonio F. Nascimento
 Data de Nascimento: 20/02/1961 Idade: 58 Telefone: _____
 Endereço: Ativo Município: P. Bura
 Identidade: _____ Nº CNS: 898 0004 7919 3969

COLETA DE DADOS:

Alergias: () ☒ _____
 H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) _____
 Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
 Medicamentos em Uso: _____

AVC (S) (N) _____
**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glicemia: _____ FC: _____ FR: _____
 Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂: _____
 Queixa Principal: Paciente vítima de acidente moto
 Hipótese Diagnóstica: crânio com fraturas
 Prescrição: paracetamol

05 JUN 2019

DPVAT

Dicho para os
desempenhos


 IM 158/19K

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TGO () TGP ()
 Parasitológico de Fezes ()

Fco. Lúcio L. Nascimento
 Médica
 CRM 3047

Assinatura do Médico e Carimbo

Antonio F. Nascimento
 Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.



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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000022663-1

Nr. da Autenticação 7C0A13735D95FACF





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.740/0001-40 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Região especial de implantação autorizada pela SEM 05/08

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1101879-3

Nº da Nota Fiscal 018241103

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 80.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO
FEVEREIRO/2019 01-03-2019 62 36,57

MARIA DA CRUZ PEREIRA SOUSA
LC RETIRO 01 B-RURAL
CPF: 00001532831307
CEP: 64.395-000 - PASSAGEM FRANCA DO PIAUÍ - 201.086.17.80.000500

DADOS DA LECTURA		DADOS DA LECTURA	
Atual:	911	Atual:	23-02-2019
Anterior:	849	Anterior:	24-01-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	26-03-2019
Consumo Medido:	62	Envelhecimento:	21-02-2019
Consumo Faturado:	62 FCAM	Aprovação:	23-02-2019

Finalidade do Faturamento: 00000000 Código de Irregularidade: 00000000 Dias de Consumo: 30

Classificação	Uso	Número Medidor	Valor	Cálculo	Multa 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	A1983232		1.4.1.1	45

DESCRIÇÃO DA CONTA		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Valor R\$	CONSUMO	50 A R\$ 0,300370 = 9,01
JAN/19	69	32 A R\$ 0,514933 = 16,47	
DEZ/18	60	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,24
NOV/18	59	DIFERENÇA DE TARIFA	29,67
OCT/18	47	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	20,82
SET/18	46		
AGO/18	41		
JUL/18	40		
JUN/18	40		
MAI/18	43		
ABR/18	44		
TARIFA SEM JUROS:			
5 A 20 - 0,210000			
31 A 62 - 0,361000			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 01/2019 39,13
Unidade consumidora sujeita a cobrança do fornecimento de energia elétrica a partir de 01-01-2019, de acordo com as condições estabelecidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em suspensão e inclusão do nome do consumidor na dívida pública. Informações sobre a situação da unidade consumidora e a regularização da conta deverão ser encaminhadas ao setor de atendimento ao cliente. Caso tenha sido efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Resumo do Faturamento: AF5B.0EB4.C4B9.7D01.B816.E2FB.ECA7.939F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/ENCARGOS - R\$	
Distribuição:	21,56	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	3,05	Alíquota ICMS:	12,13
Transmissão:	2,30	Valor do ICMS:	0,77
Encargos:	16,47	Valor do PIS:	3,57
Tributação:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CREDIBILIDADE							
Índice	Atual	Anterior	Índice	Atual	Anterior	Índice	Atual
Índice	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48
Índice	0,00			0,00			0,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2019

DPVAT



TELEFONIA S.A.
Rua Liberdade Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
NPA: 02.421.421/0024-08 - L.E.: 194445895
NPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 1

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMISSION: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 3759190254

CLIENTE: 1.6742373

CPF/CNPJ: 84537443351

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 000000091215 16/07/2019

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezada cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Serviços TIM S.A.	R\$ 199,31
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,31
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 0,00
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,46
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,87

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

RENDIMENTOS

Benefícios que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Plano TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/03 a 06/04	199,31
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.apmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

POSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 1,01
ISCOFINS - Serviços Telecom	3,00%	R\$ 159,96	R\$ 4,80	FUNTEL	R\$ 0,30
ISCOFINS - Serviços Não Telecom	4,50%	-	-	-	-
ISCOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%	-	-	-	-

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado
Contribuições de FUST (0,5%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado	VALOR
Franchise	R\$ 145,49
SMA	R\$ 14,50
Descontos/ Franquia	R\$ 0,00
Descontos/ SMA	R\$ 0,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar em bônus até 10% todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
ABR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2019

VALOR
R\$ 215,71

84610600002-1

15710109011-4

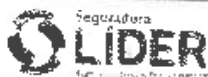
00375919025-3

40121536776-4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/08/2020 09:48:46
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082809484590300000010976842>
Número do documento: 20082809484590300000010976842



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site: www.seguradoralider.com.br ou envie um contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/8/6/LIBRTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. - CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEMA POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 49.613/98.

Peço exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 049.394.433, 83, na qualidade de Procurador (s) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Francisco de Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.108.648, 22

do sinistro de DPVAT cobertura Integral da Vida da vítima Antonio Francisco de Nascimento.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.108.648, 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua 7 de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Belém - Pará</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>carlaadriana@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64325000</u>	Tel. (DDD): <u>(91) 999816008</u>

Local e Data: Belém - Pará, 27.05.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



01001.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.saguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 39 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 21 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DUCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. * 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 99.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

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

Antonio Francisco do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 049.108.648 / 22

da sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Antonio Francisco do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o nº 049.108.648 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa Informar

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

Endereço: <u>Rua Jete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Eleonora Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

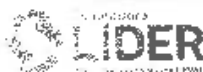
Local e Data: Eleonora Veloso, Piauí, PI 08.06.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

Serviço de Atendimento e Sugestões, 24 horas por dia: 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 33

Nome: Raimundo Nonato Pitombeira
RG: 4.190.691, data de expedição 08/03/2018
Órgão: SSP-PI, portador do CPF nº 147.044.768-12
Nome domicílio na cidade de Barro Duro, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pesca São João nº 432, complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antonio Francisco do Nascimento, cujo o condutor era Antonio Francisco do Nascimento.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 150 Fan ESJ Ano: 2013/2013
Placa: OED-0362 Chassi: 9C2KC1670DR472436
Data do Acidente: 04/03/2019

Local e Data: Barro Duro Piauí - PI 03.04.2019

Raimundo Nonato Pitombeira
Assinatura do Declarante

Antonio Francisco do Nascimento
Assinatura do Condutor

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2019

DPVAT

Reconheço verdadeira 2 Firmas de

Raimundo Nonato Pitombeira e

Antonio Francisco do Nascimento

do que dou fé. Em testº Antônio da verdade

Barro Duro-PI, 08/04/2019

Antônio da verdade
Tabelião



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE BARRO DURO
FRANCISCO PEREIRA NETO

Tabelião

ARMANDO MARIA DA SILVA PESSOA

escrivente

Barro Duro-PI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/08/2020 09:48:46

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082809484590300000010976842>

Número do documento: 20082809484590300000010976842



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Barro Duro
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Cel. Benedito da Luz, 405 - Centro - Fone/Fax: (86) 3284 1107.
CNPJ: 01.864.999/0001-80. Cep.: 64455/000.
E-mail: secretariademu@barroduro.pi.gov.br

CONSULTA BÁSICA

DATA: 04/03/19

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Antonio F. Nascimento
Data de Nascimento: 20/02/1961 Idade: 58 Telefone: _____
Endereço: Ritiro Município: P. Bura
Identidade: _____ Nº CNS: 848 0004 7919 2969

COLETA DE DADOS:

Alergias: () DP
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) _____
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
Medicações em Uso: _____

AVC (S) (N) _____
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glicemia: _____ FC: _____ FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂: _____
Queixa Principal: Paciente vítima de acidente moto
Hipótese Diagnóstica: ciclista com sequelas
Prescrição: prescritor

05 JUN 2019

DPVAT

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TGO () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()

Fco. Luzia L. Nascimento
Médica
CRM 4047

Assinatura do Médico e Cartão

Antonio F. Nascimento
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.



Emissão: 12/03/2019 07:18

Página: 1/1



Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Convênio: CLIENTE PREFERENCIAL
Solicitante: Dr. Não Informado
Prontuário: 028540.11

Idade: 58 anos
Sexo: MASC
Data: 11/03/2019 10:00:00
[Ext]

RX DO PÉ DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura com desalinhamento ósseo na diáfise proximal do segundo metatarso, com edema em partes moles adjacentes.

Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade radiográfica preservada.

Espaços articulares preservados, sem evidências de lesões ósseas subcondrais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura com desalinhamento ósseo na diáfise proximal do segundo metatarso, com edema em partes moles adjacentes.



Dr. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JUNIOR
CRM 2854

Rua Anísio de Abreu, 539 • Centro/Sul • Teresina - Piauí • CEP. 64.001-330
Telefones: 86 3221-5409 / 3221-2237 / 3221-4361 / 99954-0212
E-mail: admmedclinica@gmail.com / @medclinica



Emissão: 12/03/2019 07:18

Página: 1/1



Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Convênio: CLIENTE PREFERENCIAL

Solicitante: Dr. Não Informado

Prontuário: 028540.11

Idade: 58 anos

Sexo: MASC

Data: 11/03/2019 10:00:00

[Ext]

RX DO JOELHO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências AP/PERFIL.

Os seguintes aspectos foram observados:

Imagem esclerótica intramedular sem características de agressividade localizada na diáfise distal do fêmur.

Osteófitos e irregularidades subcondrais na face posterior da patela e tróclea femoral.

Estreitamento do espaço articular femorotibial, com irregularidades subcondrais e osteófitos marginais nos côndilos femorais e platô tibial.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Imagem esclerótica intramedular sem características de agressividade localizada na diáfise distal do fêmur, devendo corresponder a encondroma ou infarto ósseo.

Osteoartrite degenerativa patelofemorale femorotibial



Dr. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JUNIOR
CRM 2854

Rua Anísio de Abreu, 539 • Centro/Sul • Teresina - Piauí - CEP. 64.001-330

Telefones: 86 3221-5409 / 3221-2237 / 3221-4361 / 99954-0212

E-mail: admmedclinica@gmail.com | /medclinicate





58.7 %

60.3 %



Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data Nasc.: 20/02/1961 Registro: 028540.11
CLINICA MENESES REGO - MEDICLÍNICA Data Exame: 11/03/2011 Tec.: ELBERLENE

Rua Anísio de Abreu, 539 Centro/Sul Teresina-PI 66-3221-5499/3221-2237/3221-4361





58.3 %

58.3 %

Nome: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data Nasc.: 20/02/1961 Registro: 028540.11

CLINICA MENESES REGO - MEDICINA Data Exame: 11/03/2011 Tec: ELBERLENE



Rua Anísio de Abreu, 539 Centro/Sul Teresina-PI 66-3221-5499/3221-2237/3221-4361



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 399.697 DATA DE EMISSÃO 09/06/16

NOME ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

PAI/MÃE MARIA RODRIGUES PITOMBEIRA

NATURALIDADE MANOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

DOC. ORIGINAL BARRO DURO-PI DATA DE NASCIMENTO 20/02/1961

CERT. CASAM. 1330.1.95.F.230

EXP. BARRO DURO-PI 27/10/87

049.108.648-22

0875643

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTERA DE IDENTIDADE

0875643

Antonio Francisco do Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

05 JUN 2019

PJ CORRETORA DE SEGUROS

DPVAT



MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

PI Nº 013938355360 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0600 022 1204

VIA	OPF / ONPU	EXERCÍCIO 2019	DATA EMISSÃO 13/03/2019
1	14704476812	MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TAN ESI	FULLA ORD-0362
RENAVAM 00529941724	Nº CHASSI 9C2XC1670DR472436	PRAZÓ DE PAGAMENTO 28/02/2019	
ANO FAB. 2013	CAT. TIR 09	PRAZÓ DE PAGAMENTO 28/02/2019	
PREMIO TARIFARIO 000,00(R\$)	PREMIO TARIFARIO 000,00(R\$)	PRAZÓ DE PAGAMENTO 28/02/2019	
000,00(R\$)	000,00(R\$)	PRAZÓ DE PAGAMENTO 28/02/2019	
X COTA ÚNICA	PARCELADO	PRAZÓ DE PAGAMENTO 28/02/2019	

SEGURADORA LIDER • DPVAT

CEP 05.345.508(0001)-044



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190363466 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/03/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura na base do 2ª metatarso direito.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima refere dor à palpação, apresenta limitação leve dos movimentos da flexão e extensão do 2º pododáctilo à direita.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com aparelho gessado. A fratura está consolidada. Evoluiu sem intercorrências. Alta medica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

