

Audiência x Upload x Controle x 0807254 x Merge PD x PJE Consulta x PJE 0817223 x Tribunal x Portal do x WhatsApp x

Não seguro | tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=543359&ca=a2db5fce8e42cb0333...

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

PJE ProceComCiv 0817223-25.2020.8.18.0140
JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

11795838 - CONTESTAÇÃO (2748961 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/09/2020 11:58:39

09 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11795834 - CONTESTAÇÃO
 - 11795838 - CONTESTAÇÃO (2748961 CONTESTACAO 01)
 - 11795841 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11795994 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subatos procuracao compressed web (2))
 - 11795997 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)

downloadBinario.seam 1 / 10

2748961- C3/ 2020-03325/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+pç.pdf | prot+proc adm.pdf | prot+cont.pdf | pa.pdf | 2748960_CONTES....pdf | Exibir todos x

PT 11:58 09/09/2020



Número: **0817223-25.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11795841	09/09/2020 11:58	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 30/05/2019 14:34:15

(User: ALBERT MEDEIROS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA		Prontuário: 9711
Mãe: FRANCISCA DE SOUSA ROCHA	Pai: PEDRO AMADO ROCHA	
End.Resid.: BLO. 4, AP. 201, COND BRASILIA II - TANCREDO NEVES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 03/12/1971	Idade: 47a5m27d	Sexo: Masculino Fone: 86-99998-0645
Responsável: O MESMO	CNS: 898004059130631	
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 1210304 - SSP/PI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 382161	Entrada: 30/05/2019 13:08:28	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA OUTRAS ALTURAS			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente com escoriação em MID e trauma em pé D, ocasionado por queda de motocicleta há 1h. Refere dor, edema e discreto sangramento local. Relata HAS, nega DM e alergias.		PABLO HENRIQUE SILVA MALTA COREN 196417 Em: 30/05/2019 13:19:18

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 84 bpm	Pressão: 140 x 90 mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:TRAUMA
RX FRATURA DE 1 METATARSO
TALA ENCAMINHO A CIRURGIACNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí

Confere C. m. o. o.

04/11/19

Diagnóstico Inicial:
Corpo estranho em parte não especificada da região externa do olho**Exames Complementares:****Prescrição Médica:**

TEM PLANO DE SAÚDE

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita*

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
ALBERT MEDEIROS
CRM3567 Em: 30/05/2019 14:34:13

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 11:58:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091158380640000001166547

Número do documento: 2009091158380640000001166547



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Data do exame: 30/05/2019

Id Paciente: UR9711

Data do laudo: 11-07-2019

Raio X de Pé Direito

Estrutura óssea íntegra.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem particularidades.

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2610
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí





COT - Centro Ortopédico Teresina Ltda

Av. Miguel Rosa, 3360 - Centro (Sul)
Teresina - PI 64001-490

Página 1 de 1

Sr.

JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

NN - NN - Teresina - PI

Teresina, 14 de Outubro de 2019

trauma em pé direito

rx : ok

cd : aine

TERCIO DANTAS MOURA
CRM-PI 3824

Teresina, 11 de Julho de 2019

PACIENTE COM FRATURA DE CUNHA LAETRAL

RETIRAR GESSO

RX DE PE D AP-P

FRATURA CONSOLIDADA

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
CRM-PI 3918

Teresina, 10 de Junho de 2019

PACIENTE EM RETORNO AMBULATORIAL COM MELHORA DAS DORES EM PE D

TC DE PE D: FRATURA DA BASE DO 1 AO 4 METATARSO

FRATURAS DO CUNEIFORME LATERAL

BOTA GESSO COIM SALTO

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
CRM-PI 3918

Teresina, 31 de Maio de 2019

PACIENTE EM CONSULTA AMBULATORIAL COM QUADRO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HA 1 DIA,
PACIENTE FOI ATENDIDO NA UPA DO RENACENCA ONDE FOI DIAGNOSTICADO FRATURA DE PE

DIREITO;

REIRAR TALA

RX DE PE D AP-OBLIQUO

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
CRM-PI 3918



Nome : JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
Nº: 2074215
Médico : Dr(a). CELSO ANTONIO
Exame : TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Clínica Lucídio Portella

LAUDO:

Exame realizado através de cortes coronais com 5mm de espessura e 5mm de incremento, evidenciou:

- Fraturas cominutivas com extensão intra-articular nas bases do primeiro ao 4º metatarsos, com sinais de desalinhamentos ósseos na base metatársica do hálux.
- Pequena fratura não desalinhada da região anterior do cuneiforme lateral.
- Fratura completa não desalinhada do sesamóide lateral do hálux.
- Artropatia degenerativa metatarsofalângica do hálux.
- Aumento do volume de partes moles, borramento e densificação difusa dos planos musculoadiposos periarticulares, notadamente adjacentes aos maléolos medial e lateral do tornozelo.
- Derrame articular tibiotalar anterior, posterior e subtalar posterior.
- Proeminência óssea do processo posteromedial do tálus.
- Não há indícios de lesões líticas ou escleróticas no segmento estudado.
- Superfície e espaço articular preservados.
- Grupos musculares com características morfo-estruturais normais.
- Não há evidência de lesões expansivas identificáveis pelo método.

CONCLUSÃO:

- Fraturas cominutivas com extensão intra-articular nas bases do primeiro ao 4º metatarsos, com sinais de desalinhamentos ósseos na base metatársica do hálux.
- Pequena fratura não desalinhada da região anterior do cuneiforme lateral.
- Fratura completa não desalinhada do sesamóide lateral do hálux.
- Artropatia degenerativa metatarsofalângica do hálux.
- Aumento do volume de partes moles, borramento e densificação difusa dos planos musculoadiposos periarticulares, notadamente adjacentes aos maléolos medial e lateral do tornozelo.
- Derrame articular tibiotalar anterior, posterior e subtalar posterior.
- Proeminência óssea do processo posteromedial do tálus.

Teresina / PI, 05 de junho de 2019

DR. CAIO CESAR LANTAS COSME
CRM 1.5059

cnpj 00.795.397/0001-55
rua são pedro, 2133
telefax: (86) 3221 3062
cep 64 001-260
e-mail: lucidioportella@uol.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



POLEGUAR DIREITO

Ednan Soares de Oliveira Rocha

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1210304 DATA DE EMISSÃO 04/10/2019

TIPO DE JOSE JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

TIPO DE FRANCISCA DE SOUSA ROCHA

TIPO DE PEDRO AMADO ROCHA

NATURALIDADE JOSE DE FREITAS - PI DATA DE NASCIMENTO 03/12/1971

DOC. REGISTRO CERT. CASAMENTO 8646 L 15 F 202

EXP. TERESINA - PI 07/05/2010

CNPJ 566.616.573-91

Perito Especializado em Perícia Criminal

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 99.250/83





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416280/19

Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

CPF: 566.616.573-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DE
SOUSA ROCHA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA : 566.616.573-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658076 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do cuneiforme lateral do pé direito. Fratura cominutiva com extensão intra-articular nas bases do primeiro ao 4º metatarsos direitos, com sinais de desalinhamento. Fratura completa do cesamóide lateral do hálux direito.

Descrição do exame físico: Vítima refere dor aos movimentos do pé direito. Ao exame físico vítima apresenta edema residual, com marcha claudicante com diminuição da força muscular do pé direito com redução leve da flexão e extensão do 1º ao 4º pododáctilos direitos.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com imobilização gessada, evoluindo sem complicações. Relata ter realizado fisioterapia, com alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658076 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 1º AO 4º METATARSOS À DIREITA (PG 4).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: XSOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416280/19

Número do Sinistro: 3190658076

Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

CPF: 566.616.573-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA : 566.616.573-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416280/19

Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

CPF: 566.616.573-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA : 566.616.573-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Danielle Nobre de Sousa



**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: **3190658076**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Quadra 301, 6 - Teresina - PI - CEP 64078-380**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1210304**

Data e local do acidente: [**30/05/2019**] **Teresina**

Data e local do exame: [**06/01/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do cuneiforme lateral do pé direito. Fratura cominutiva com extensão intra-articular nas bases do primeiro ao 4º metatarsos direitos, com sinais de desalinhamento. Fratura completa do cesamóide lateral do hálux direito.

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

Vítima refere dor aos movimentos do pé direito. Ao exame físico vítima apresenta edema residual, com marcha claudicante com diminuição da força muscular do pé direito com redução leve da flexão e extensão do 1º ao 4º pododáctilos direitos.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento conservador com imobilização gessada, evoluindo sem complicações. Relata ter realizado fisioterapia, com alta médica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do pé 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):

Pé 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.



Janete Maria C. Oliveira
MÉDICA
CRM-PI 3789

Janete Maria de Carvalho Oliveira - CRM: 8348 - MA





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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658076

Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

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 15167537





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658076

Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

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. 00935/00936 - carta_02 - INVALIDEZ

00050468



Carta nº 15178675



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 11:58:38

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090911583806400000011166547>

Número do documento: 20090911583806400000011166547



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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190658076 Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Data do Acidente: 30/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

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. 00851/00852 - carta_03 - INVALIDEZ

00070426



Carta nº 15272613





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658076

Vítima: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000032341-8

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 566.616-573-91 4 - Nome completo da vítima: José Francisco de Sousa Rocha

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

5 - Nome completo: José Francisco de Sousa Rocha 6 - CPF: 566.616-573-91
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: A-301 A Q 305 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: Duem Arcoverde II 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 32341 AGÊNCIA: CONTA: (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 25/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 566.616-573-91 3 - CPF da vítima: 566.616-573-91 4 - Nome completo da vítima: José Francisco de Sousa Rocha

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

5 - Nome completo: José Francisco de Sousa Rocha 6 - CPF: 566.616-573-91
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: A-301 A 305 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: Duem Arcoverde II 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64078-380
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 99982.3093

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 0 CONTA: 323u1 8 AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada na apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PI 25/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011195/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/11/2019 11:52 Data/Hora Fim: 20/11/2019 12:05
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/05/2019 12:00

562056

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Avenida Joaquim Nelson

Bairro: Itararé
Nº: 20
CEP: 64.078-225

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ FRANCISCO DE SOUSA ROCHA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - José de Freitas	Sexo: Masculino	Nasc: 03/12/1971
Profissão: Pedreiro	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Francisca de Sousa Rocha	Nome do Pai: Pedro Amado Rocha		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 566.616.573-91

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: B-04 APT-201
Complemento: COND. BRASILIA II
Bairro: TANCREDO NEVES

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa PID5906	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
José Francisco de Sousa Rocha	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO DO VEÍCULO (MOTO) MENCIONADO, CONDUZIDO POR PAULO DE TARSO DA SILVA OLIVEIRA E QUE TRANSITAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE FOI DESVIAR DE UM OUTRO AUTOMÓVEL E PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR. QUE FOI SOCORRIDO POR MARIA DO SOCORRO LOPES DA ROCHA (ESPOSA) PARA A UPA DO RENASCENÇA E ENCAMINHADO PARA A COT, CONFORME LAUDO MÉDICO, É O RELATO. QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 20/11/2019 12:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011195/2019

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Mandamento


José Francisco de Sousa Rocha
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 20/11/2019 12:06
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 566.616.573-91 4 - Nome completo da vítima: José Francisco de Sousa Rocha

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

5 - Nome completo: José Francisco de Sousa Rocha 6 - CPF: 566.616.573-91
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: A-301 A B 305 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: Quilom. Ascoverdi II 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 323U1 8 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 25/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 11:58:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091158380640000001166547

Número do documento: 2009091158380640000001166547

Num. 11795841 - Pág. 24



UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 30/05/2019 14:34:15

DADOS DO PACIENTE:

(User: ALBERT MEDEIROS)
(Estação: SALADGESSO-PC)

Nome:	JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA	Prontuário:	9711
Mãe:	FRANCISCA DE SOUSA ROCHA	Pai:	PEDRO AMADO ROCHA
End.Resid.:	BLO. 4, AP. 201, COND BRASILIA II - TANCREDO NEVES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	03/12/1971	Idade:	47a5m27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99998-0645
Responsável:	O MESMO	CNS:	898004059130631
Profissão:	PEDREIRO	Documento:	RG: 1210304 - SSP/PI
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	382161	Entrada:	30/05/2019 13:08:28	Convênio:	S U S	Proced:	0301060096
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): QUEDA OUTRAS ALTURAS						
Condução:	?						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente com escoriação em MID e trauma em pé D, ocasionado por queda de motocicleta há 1h. Refere dor, edema e discreto sangramento local. Relata HAS, nega DM e alergias.		PABLO HENRIQUE SILVA MALTA COREN 196417 Em: 30/05/2019 13:19:18

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	84 bpm	Pressão:	140 x 90 mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
TRAUMA RX FRATURA DE 1 METATARSO TALA ENCAMINHO A CIRURGIA
Diagnóstico Inicial: Corpo estranho em parte não especificada da região externa do olho

Exames Complementares:
Prescrição Médica: TEM PLANO DE SAUDE

Motivo da Alta/Encerramento:	
Alta com Receita*	
DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
ALBERT MEDEIROS
CRM3567 Em: 30/05/2019 14:34:13



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:	17/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000032341-8

Nr. da Autenticação 268062E831B84A81



0800 726 2492
(para pessoas com
deficiência auditiva)

0800 726 0101
(informações, reclamações,
sugestões e elogios)

www.caixa.gov.br
(SAC CAIXA)

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ: 27.157.474/000106 - IE: 135965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 12939870-5 FATURA Nº 152175320
MÊS / ANO 7/2019

NOME / ENDEREÇO
MORADOR DOMINGOS L DE OLIVEIRA

CON DIRCEU ARCOVERDE II Q-301 A

Q-305, Q-305-C-006-ITABARE-TERESINA-PI-cep: 64078380

LOCALIZAÇÃO

008-00033-00335

GRUPO

008

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y185145221

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
06/2019	Lido	13	13
05/2019	Lido	11	11
04/2019	Lido	08	10
03/2019	Lido	18	18
02/2019	Lido	11	11
01/2019	Lido	10	11

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 12/06/2019 63
ATUAL 11/07/2019 75

CONSUMO MÊS M3

12

PS. FASEP

40,20*7,00% = R. 64

COFINS

40,20*7,60% = R. 64

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 e (%)
0	10 3,0000 00
10	25 5,7120 00
25	999999 9,8610 00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO
VALOR REFERENTE AGUA - 40,20 REF. VALOR
> Residencial-Normal 12,0 m3 40,20

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 e (%)

VENCIMENTO
10/08/2019

TOTAL A PAGAR

40,20

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM

ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2589	2559	30	1,31	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2380	2330	50	5,75	Inferior a 15
PH	3087	3039	48	6,73	6,00-9,50
TURBIDEZ	3092	2875	217	2,29	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHEDORIA COLI	1078	1078	0	Ausencia	Ausente
	1078	1078	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 11/07/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:07



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

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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procondonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 11 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Francisco de Sousa Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 566.616.573 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Francisco de Sousa Rocha

inscrito (a) no CPF sob o Nº 566.616.573 / 91, 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 Henrique Dias</u>	Número: <u>490</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Verulha</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64069-330</u>	Tel.(DDD): <u>86 99982-3093</u>

Local e Data: Teresina - PI 25/11/2019

Maria do Carmo Procondonio da Silva
Assinatura do Declarante

