



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8443584

A/C: JACKSON SOUSA COSTA

Sinistro: 3160017055
Vítima: JACKSON SOUSA COSTA
Data Acidente: 17/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

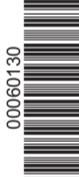
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2016

Carta nº: 9513727

A/C: JACKSON SOUSA COSTA

Sinistro: 3160482351 ASL-1016221/16
Vitima: JACKSON SOUSA COSTA
Data Acidente: 17/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº: 9733412

A/C: JACKSON SOUSA COSTA

Sinistro: 3160482351 ASL-1016221/16
Vítima: JACKSON SOUSA COSTA
Data Acidente: 17/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: 3160017055 - 1

Nome do(a) Examinado(a): JACKSON SOUSA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): QUADRA A CONJUNTO NOVO MILENIO nº 00 - SÃO SEBASTIÃO - TERESINA/PI

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2740044 - SSP

Data local do exame: 21/01/2016 TERESINA/PI

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

FRATURA DO 1,2,3 PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PÉ ESQUERDO COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER, CURATIVO, TRATAMENTO CONSERVADOR DO OMBRO COM USO DE TIPOIA AMERICANA, CURATIVO, MEDICAÇÃO, ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

OMBRO ESQUERDO SEM DEFORMIDADES COM MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA, ADUÇÃO/ABDUÇÃO PRESERVADOS. PE ESQUERDO- EM TRATAMENTO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

OMBRO ESQUERDO SEM ALTERAÇÕES ANATOMOFUNCIONAIS.

PACIENTE SE APRESENTA EM TRATAMENTO DA FRATURA DOS PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO (AINDA COM OS FIOS METÁLICOS) IMPEDINDO A REALIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA.

-

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 21/01/2016

Médico Perito: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO CRM: 52359880

Gustavo C. Cálcena Agüero
Médico
CRM, 52.35988-0
CPF 657274487-87



Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, *Jackson Souza Costa*, PORTADOR(A) DO RG N° *2.760.086*, EXPEDIDO POR *Jackson*, EM *20/03/2016*
 CPF *000.000.000-00* /CNPJ *00000000000000000000*, PROFISSÃO *---*
 E RENDA MENSAL DE R\$ *(*)* NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA *0 Neleto*. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir)

*ARUANA SEGUROS
07 JAN 2016*

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO *---* Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) *---* Nº da CONTA (com dígito, se existir) *309355-8*

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

12



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.002655/2015-61

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 26/11/2015 - 10:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora
11/10/2015 - 16:40

Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
RUA MARTINS NAPOLEÃO, Nº:
Complemento

Bairro
TODOS OS SANTOS

Ponto de Referência
BEL TERRA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JACKSON SOUSA COSTA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2740044

Mãe: MARIA ODETE COSTA SOUSA

Pai: JOSE BENTO DE SOUSA

Endereço: QUADRA A CASA 33 CONJ NOVO MILENIO, Nº:

Bairro: NOVO MILÉNIO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

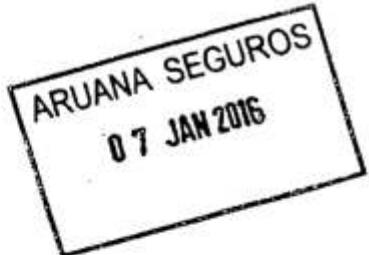
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA RUA MARTINS MAGALHÃES, CONDUZINDO A MOTO HONDA/BIZ 125 ,COR BRANCA, PLACA OVY-1233, RENAVAM 1003743355, E NAS PROXIMIDADES DO CONJ BEL TERRA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO AO PASSAR POR UM DOS VÁRIOS BURACOS DA VIA, E CAIU FICANDO LESIONADO NO PÉ E OMBRO ESQUERDOS, SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº180399. APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADO PARA OUTH.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa
Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

Jackson Sousa Costa
JACKSON SOUSA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação





AVERBAÇÃO.

Averba-se a este B.O. N° 100255002655/2015-61 para informar que o nome do proprietário da moto é: Bruno Fabi Seccon, condutor da Moto é o noticiante , a data do acidente foi no dia 17/10/2015

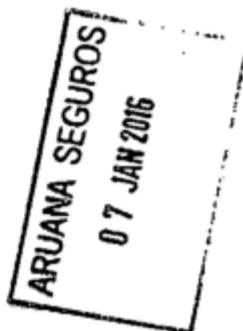
Teresina-PI, 15 de dezembro de 2015

- BRUNO FABI SECCON
BRUNO FABI SECCON

AVERBANTE

Almiralice R. Lebre Carlos
ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS

ESCRIVÂ



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jackson Souza Costa

portador da carteira de identidade nº 272002 e inscrito no CPF/MF

sob o nº 34635889204 residente e domiciliado na Rua - 11

Cas. Vovo Melo - Rio São Gonçalo nº 002

Cidade Teresina, Estado PJ, declaro, sob as penas

da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

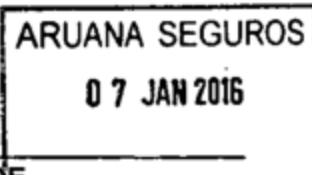
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de **invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.**

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa **previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.**

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina - PI Data 07/01/2016



x Jackson Souza Costa

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N°. do chamado 06 Saída do local 10 Endereço 11 Bairro 13 Ponto de referência	02 Data do chamado 07 Chegada ao 1º hospital 12 Município-UF Código IBGE	03 PRO (código) 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º hospital	04 Saída do PA 05 Chegada ao local	
Local da Ocorrência	Rue - Martins Napoléon Beld Testa				
Dados do Paciente	14 Nome Jackson Souza Costa 16 Idade 1 - Dia 2 - Mes 3 - Ano 9 - Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 0 - Acidente de transporte HUT 1 - Agressão física-espacamento 2 - Agressão física-FAF 3 - Agressão física-FAB 4 - Urgência psiquiátrica 5 - Urgência psiquiátrica				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro _____ 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = HUT	RESPOSTA VERBAL 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 89 Resp. PA 13X8 TAX. Sat 98%	25 Local da lesão
Assistência	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉 Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	ESCALA DE DOR DE 0 A 10
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Calor cervical Kred	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a)	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	07 JAN 2016	<input type="checkbox"/> Não Removido
<p>Pctc vítima de acidente no trânsito, segue com fratura exposta em MÍE (pé) + suspeita de luxação de clavícula L + múltiplos escoriações → lesão em coto de abdução</p> <p>Clarisse Santos ENFERMEIRA RESCUE CORONEL PI 287 3339-0330</p> <p>Socorristas Médico AETE</p> <p>Alexandre Enfermeiro Condutor Rafael</p>					

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: 29/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

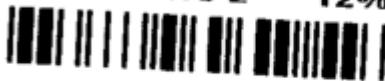
CLIENTE: JACKSON SOUSA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000030735-8

Nr. da Autenticação 8A7F57B492FDDD2E



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jackson Senna Costa

RG nº 232002, data de expedição 20/05/2015 Órgão SSP/PI

CPF nº 046.358.883-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. A CON VOOO MILLEIO</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>000.000</u>
Bairro	<u>São Sebastião</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PJ</u>
CEP	<u>62087-010 61 085 300</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99568-8000</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina 07/01/2016

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

Assinatura do Declarante: Jackson Senna Costa

Nome/Razão Social/Endereço

HARIA ODETE COSTA S-USA
CON NOVO MILENIO, Q --A
CA'A-022 SAO SEBAST AO
TERESINA 64087010

AG= 101

Situação Água/Esgoto 3/1	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição																																				
	1		110 34 18 0437 0046-000																																				
Período de Consumo		Dias Consumo																																					
23/09/2015	26/10/2015	33																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Histórico de Consumo</th> <th>Forma de Retorno</th> </tr> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Hora</th> <th>Consumo</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/15</td><td>695</td><td>13</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/15</td><td>768</td><td>13</td><td>25</td></tr> <tr><td>06/15</td><td>719</td><td>11</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/15</td><td>721</td><td>12</td><td>25</td></tr> <tr><td>08/15</td><td>743</td><td>12</td><td>25</td></tr> <tr><td>09/15</td><td>755</td><td>12</td><td>25</td></tr> <tr><td>10/15</td><td>769</td><td>14</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>				Histórico de Consumo			Forma de Retorno	Mês/Ano	Hora	Consumo		04/15	695	13	0	05/15	768	13	25	06/15	719	11	0	07/15	721	12	25	08/15	743	12	25	09/15	755	12	25	10/15	769	14	0
Histórico de Consumo			Forma de Retorno																																				
Mês/Ano	Hora	Consumo																																					
04/15	695	13	0																																				
05/15	768	13	25																																				
06/15	719	11	0																																				
07/15	721	12	25																																				
08/15	743	12	25																																				
09/15	755	12	25																																				
10/15	769	14	0																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Forma de Retorno</th> </tr> <tr> <th colspan="2">FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</th> </tr> <tr> <th>Cód. Responsável</th> <th>Código da Tarifa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>912048387</td><td>01</td></tr> <tr> <td>Consumo Médio</td> <td>Consumo Freq. Alta</td> </tr> <tr><td>12</td><td></td></tr> <tr> <td>Consumo</td> <td>Consumo Faturado</td> </tr> <tr><td>14</td><td>14</td></tr> </tbody> </table>				Forma de Retorno		FATURADO P/ CONSUMO NORMAL		Cód. Responsável	Código da Tarifa	912048387	01	Consumo Médio	Consumo Freq. Alta	12		Consumo	Consumo Faturado	14	14																				
Forma de Retorno																																							
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL																																							
Cód. Responsável	Código da Tarifa																																						
912048387	01																																						
Consumo Médio	Consumo Freq. Alta																																						
12																																							
Consumo	Consumo Faturado																																						
14	14																																						

Cód.	Name do Serviço	Valor (R\$)
AGIA		40,85
MANUTENCAO HIDRONET:0		0,95

VENCIMENTO 04/11/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

41,80

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁREA - CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA/CEMIG							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxido	pH	Ferro	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	5	5,0	6,0 a 8,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Encartadas	322	89	322			322	322
Nº Amostras Realizadas	375	135	375			375	375
Nº Amostra que Atende Legislação	374	135	374			371	375
Valor Médio							

RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

ACESSO NAO PERMITIDO PARA LEITURA DO HIDROMETRO POR TRES MESES SEGUIDOS, SERÁ ARBITRADO CONSUMO, CONF. REGULAMENTO

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA

|||||
CTCE FORTALEZA CE PL6

NELLE R S MARQUES
AVEN MIGUEL ROSA 2545
CENTRO TERESINA PI
64001-495



Data da Postagem: 12/10/2015
Data do Vencimento: 20/10/2015
DIG/119205

PARA USO DO CORREIO

DE/ODJGAD ELETRONICA - CEDO
Remetente: Caixa Postal 79594 - CEP 05181-911 São Paulo SP

FSC® Paper
 FSC® Preverba
 Ausentes
 Serviços Pessoal e/ou
 Entregado ao
 Assinante do
 Envelope

NÃO EXISTE N/A Informações
 Entrega realizada
 Entrega feita pelo Porteiro/funcionário



ARUANA SEGUROS
07 JAN 2016

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bruno Fábi Seccon

RG nº 93.0595.65, data de expedição 27/05/2001

Órgão PR, portador do CPF nº 050.986.559-08 com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RS DON HELDER QD A CASA 19, nº S/N.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima - Jackson Souza Costa, cujo o condutor era - Jackson Souza Costa.

Veículo:

Modelo: HONDA/BIZ 125 EX

Ano: 2014

Placa: QVY 1283

Chassi: 9C2JC4B30ER041754

Data do Acidente: 17/10/2015

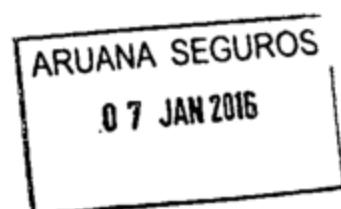
Local e Data: BELTERRA II RUA: 07 / 17/10/2015

Bruno Fábi Seccon
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA ANÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ALMEIDA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (086) 3221-3642 / 3221-6788 - Email: cartorio@marcanauro.com.br
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE Bruno Fábi SECCON e
JACKSON SOUSA COSTA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 12/11/2015.

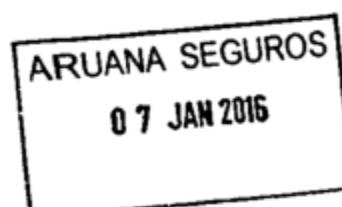
TARIA LUCAS MENDES LEAL - ESOURVENTE COMPROMISSADA
Enol.: 6,36 TJ: 0,64 Selo: 0,20 Total: 7,20 (42)
42/13141312112015/532





NOME DO PACIENTE: Jackson Sousa Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 180349



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



FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 24/11/2015 12:33:16
 (JOAQUIMJUNIOR)

Nome: JACKSON SOUSA COSTA		Prontuário: 180399
Mãe: MARIA ODETE COSTA SOUSA	Pai: JOSE BENTO DE SOUSA	
End. Resid.: QUADRA A, CASA 22 - NOVO MILÉNIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-080		
Nascimento: 09/03/1991	Idade: 24a:7m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86-95866-292
Responsável: FRANCISCO JEFIRSSON COSTA SOUSA		
Profissão: MOTORISTA	CNS: 998002980581161	
G. Instrução: Médio Incompleto	Documento: RG: 2740044 - SSPI	
End. Local.: - - -	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ACOLHIMENTO:

Código: 500271	Data: 17/10/2015 18:08:19	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
		Trauma: Não
		Maus Tratos: Não

BREVE HISTÓRIA:

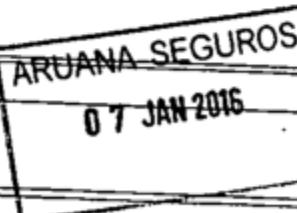
Paciente vítima de acidente de trânsito (moto). Consciente, desorientado, refere dor na clavícula (suspeita de luxação). Apresenta fratura exposta em MIE (pé), escoriações e lesão em couro cabeludo.

Confere com o original

Em 24/11/15

Servidor

A - VAS:	B - RESPIRAÇÃO:			C - CIRCULAÇÃO:		
Sinais de Obstrução:	Estado Atual:	Cianose:	SaPO2:	Pul. Carotídeo	Perf. Sangui.:	FC:
E - NEUROLÓGICO:						
ECG - AO:	RV:	RM:	Sora:	Pupilas:	Plegies/Parestesia:	Membro:
F - SINAIS VITAIS:						
PA:	TAX:	FR:	Pulso:	Glic. Capilar:	Escala de Dor:	
D - ALERGIAS:						
(Descreva se informado):						
G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:				I - CLASSIFICAÇÃO:		
(Descreva se informado):						
H - DESTINO:						
HOSPITAL		(Descreva se necessário):				





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Recendeçā - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JACKSON SOUSA COSTA** (Prontuário: 180399)
 Endereço: QUADRA A, CASA 22 - NOVO MILENIO - TERESINA - PI CEP: 64000-080
 Nascimento: 09/03/1991 Idade: 24a:7m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 500271
 Requisição: 574682 Solicitação: 17/10/2015 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
 Controle: 724109 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 17/10/2015

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL À ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(ANTONIO

TERESINA - PI 17/10/2015

Confere com o original

Em 29/11/15

Servidor

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

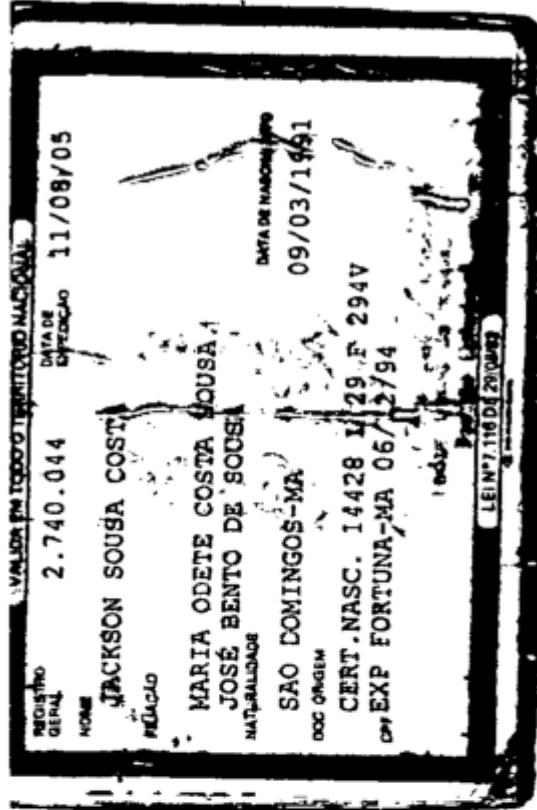
ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

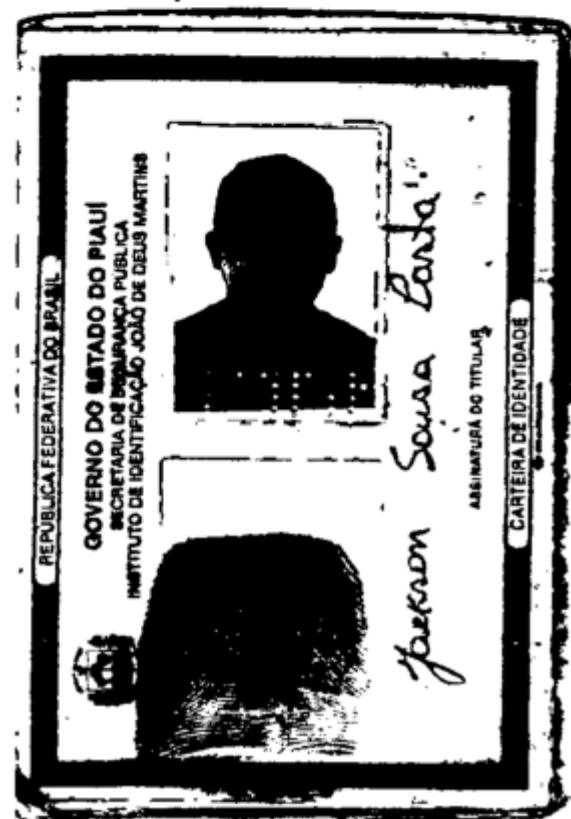
8



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 17 10 45	02 Data do chamado 17 10 45	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 17 130	05 Chegada ao local 17 141					
Local da Ocorrência	06 Saída do local S.D.	07 Chegada ao 1º hospital 17 10 49	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital						
Dados do Paciente	10 Endereço Rua - Martins Napoléao Bel Tetra	11 Bairro 13 Ponto de referência	12 Município-UF TE - PI	Código IBGE						
Tipo de Ocorrência	14 Nome Jackson Souza Costa	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 120	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência C - Acidente de transporte HUT 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança					
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais Pulso 89 Resp. 13x8 PA 13X8 TAX. Sat02 98%	25 Local da lesão Diagrama de corpo humano	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 5 Intensa 7 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	RESPOSTA VERBAL 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma 5 - Orientada 6 - Confusa 7 - Palavras inapropriadas 8 - Palavras incompreensíveis 9 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Calor cervical Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Alterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Antes do atendimento 4 - Antes do transporte 5 - Durante o transporte	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU					
Observações Interdisciplinar	<p>PCTC vítima de acidente no trânsito, segue com fratura exposta em M1 (pé) + suspeita de luxação de clavícula E + múltiplas escoriações + lesões em cotovelo abduzido</p> <p>Clarisse Santos Enfermeira CORENPI 257.000</p> <p>Socorristas Médico AE/TE</p> <p>Alexandre Rafael</p> <p>versão: 27.11.2011</p>									



DOCUMENTO 6 T6%



ARUANA SEGUROS
07 JAN 2016





DOCUMENTO 3 "T3%"



ARUANA SEGURO
07 JAN 2016

10X

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160482351 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACKSON SOUSA COSTA **Data do acidente:** 17/10/2015 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta no pé esquerdo (1º, 2º, e 3º dedo) e fratura da clavícula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Apresenta extensa cicatriz cirúrgica no pé esquerdo, com alteração anatômica com 2º dedo levemente cavalgado sobre o 3º dedo, com bloqueio parcial do 1º dedo do pé esquerdo, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do ante pé esquerdo, crepitação, redução de força e dos movimentos do ombro esquerdo (abdução, e circundação).

Resultados terapêuticos: Fez tratamento cirúrgico com colocação de 01 fio de Kirschner em cada dedo fraturado, com uso de tipoia tipo americana no membro superior esquerdo, com uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos, refere que fez fisioterapia (03 sessões), e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

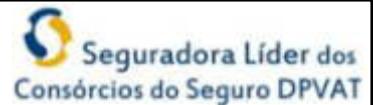
CRM do médico: 6373

UF do CRM do médico: MA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "O. Corrêa dos Santos Filho".



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Jackson Souza Costa
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: 2.740.044
 CPF: 046.358.893-27
 Profissão: Motorista
 Endereço: A. A. C. 22 NOVO MELFredo
 CEP: 64087010
 Telefone: 186 99408-9351

OUTORGADO:

Nome: NELIE ROZE SOARES MARQUES
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: 4.390.050
 CPF: 840.173.173-91
 Profissão: RECURSOU-SE
 Endereço: Av. MIGUEL ROSA 2545 SALA D
 CEP: 64001-095
 Telefone: 186 32215607

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento desse mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: Jackson Souza Costa

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO
 RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRÔ NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
 FONE: (086) 3221-3540 / 3221-6788 - E-mail: carnotario@azulnet.com.br

RECONHECO VERDADEIRA A FIRMA DE: JACKSON SOUSA COSTA. DO TEST. DA VERDADE TERESINA-PI 20/11/2015.

Esterina Beatriz de Souza Rufino Escrevente Compromissada
 Emol.:3,18 TJ:0,32 Selo:0,10 Total:3,60 (44)

44/0916582011201



CARTÓRIO NO 6 Ofício de NC. 3
 Esterina Beatriz de Souza Rufin.
 Escrevente-Compromissada
 Teresina-PI

18

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JACKSON SOUSA COSTA** Sinistro: **3160482351** Data: **17/10/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Q A CON NOVO MILENIO, SN, Q A C 22 - S SEBASTIAO - Teresina - PI - CEP 64084-580**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2.740.044**

Data local do exame: [**23/09/2016**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura exposta no pé esquerdo (1º, 2º, e 3º dedo) e fratura da clavícula esquerda. Apresenta extensa cicatriz cirúrgica no pé esquerdo, com alteração anatômica com 2º dedo levemente cavalgado sobre o 3º dedo, com bloqueio parcial do 1º dedo do pé esquerdo, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do ante pé esquerdo, crepitância, redução de força e dos movimentos do ombro esquerdo (abdução, e circundação).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Fez tratamento cirúrgico com colocação de 01 fio de Kirschner em cada dedo fraturado, com uso de tipoia tipo americana no membro superior esquerdo, com uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos, refere que fez fisioterapia (03 sessões), e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JACKSON SOUSA COSTA** Sinistro: **3160482351** Data: **17/10/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Q A CON NOVO MILENIO, SN, Q A C 22 - S SEBASTIAO - Teresina - PI - CEP 64084-580**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2.740.044**

Data local do exame: [**23/09/2016**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura exposta no pé esquerdo (1º, 2º, e 3º dedo) e fratura da clavícula esquerda. Apresenta extensa cicatriz cirúrgica no pé esquerdo, com alteração anatômica com 2º dedo levemente cavalgado sobre o 3º dedo, com bloqueio parcial do 1º dedo do pé esquerdo, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do ante pé esquerdo, crepitância, redução de força e dos movimentos do ombro esquerdo (abdução, e circundação).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Fez tratamento cirúrgico com colocação de 01 fio de Kirschner em cada dedo fraturado, com uso de tipoia tipo americana no membro superior esquerdo, com uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos, refere que fez fisioterapia (03 sessões), e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.