

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

**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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(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, §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 ☒ Sem seqüela 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)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 AGUIERO CRM: 52359880**

Gustavo C. Cálcena Agüero  
Médico  
CRM 52.35988-0  
CPF 667274487-87



Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT



## 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 Nº 2.740.004 EXPEDIDO POR SP/SP EM 29/08/2015  
 CPF 000.000.000-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, 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](http://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](http://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) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3389 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 30735-8

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.

29/08/2015 de 29/08/2015 de 2015  
 LOCAL E DATA

Jackson Souza Costa  
 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

11



ARUANA SEGUROS  
07 JAN 2016



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

Tipo Local  
VIA PÚBLICA

11/10/2015 - 16:40

Município

Bairro

TERESINA

TODOS OS SANTOS

Endereço

Ponto de Referência

RUA MARTINS NAPOLEÃO, Nº:

BEL TERRA

Complemento

## 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 MILÊNIO

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 OHUT.

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

*Jackson Sousa Costa*  
JACKSON SOUSA COSTA - Noticiante  
Responsável pela Informação







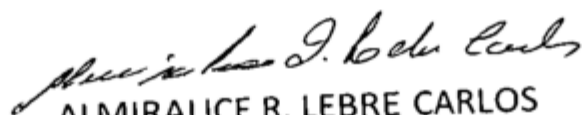
## AVERBAÇÃO.

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

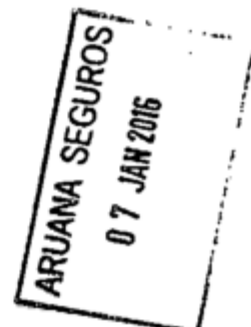
Teresina-PI, 15 de dezembro de 2015

- BRUNO FABI SECCON  
BRUNO FABI SECCON

AVERBANTE

  
ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS

ESCRIVÃ



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jackson Souza Costa  
portador da carteira de identidade nº 27200026 e inscrito no CPF/MF  
sob o nº 046.358.893-27 residente e domiciliado na Q.D.-A  
Cap. Manoel Manoel Brito São Sebastião nº 000

Cidade Teresina, Estado PI, 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  
☒ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com  
prazos superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para  
a cobertura de **invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via  
terrestre**, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha  
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando,  
desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para  
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 9º  
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 09.10.2015

x Jackson Souza Costa

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS  
07 JAN 2016



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

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



SAMU  
192

**Dados do Chamado**  
01 Nº. do chamado: 01  
02 Data do chamado: 07/10/15  
03 PRO (código): 2902  
04 Saída do PA: 17:30  
05 Chegada ao local: 17:41

**Local da Ocorrência**  
06 Saída do local: 17:50  
07 Chegada ao 1º hospital: 18:10  
08 Saída do 1º hospital: 18:10  
09 Chegada ao 2º hospital: 18:10  
10 Endereço: Rua - Martins Napolitano  
11 Bairro: Bel Terra  
12 Município-UF: TE-PI  
13 Ponto de referência: Código IBGE: 1500000

**Dados do Paciente**  
14 Nome: Jackson Sousa Costa  
15 Sexo: Masculino  
16 Idade: 20  
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?  
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**Tipo de Ocorrência**  
18 Tipo de ocorrência: 01 - Acidente de transporte  
02 - Agressão física-espantamento  
03 - Agressão física-FAF  
04 - Agressão física-FAB  
05 - Urgência psiquiátrica  
06 - Tentativa de suicídio  
07 - Envenenamento  
08 - Afogamento  
09 - Queimadura  
10 - Choque elétrico  
11 - Queda  
12 - Urgência clínica  
13 - Urgência obstétrica  
14 - Transferência  
15 - Exames complementares  
16 - Outros  
17 - Já removido  
18 - Falso chamado

**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: 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinturão de segurança 4 - Assento para criança

**Exame Físico**  
23 Glasgow = 15  
ABERTURA OCULAR: 1 - Espontânea 2 - A voz 3 - A dor 4 - Nenhuma  
RESPOSTA VERBAL: 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma  
RESPOSTA MOTORA: 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 89, Resp 13x8, PA 13x8, TAX 98, SatO2 98  
25 Local da lesão: Diagrama do corpo humano com seta no pé direito  
26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais  
27 Pulso: 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, 7 - Intensa, 10 - Muito Intensa)

30 Fratura: 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito  
31 Procedimentos realizados: 1 - Sim 2 - Não  
32 Hospital de Destino: HU  
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado  
34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não

Observações Interdisciplinar:  
Paciente vítima de acidente no trânsito, segue com fratura exposta em MIE (pé) + suspeita de luxação de tornozelo + múltiplas escoriações + lesão em outro membro.

Assinaturas:  
Clarisse Santos (Enfermeira)  
Socorristas Médico: Alexsandra  
Enfermeiro: Rafael  
Condutor: Rafael

# 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

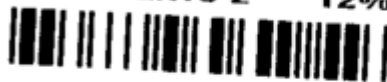
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000030735-8

---

Nr. da Autenticação 8A7F57B492FDDD2E



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JACILSON SOUSA COSTARG nº 2740042, data de expedição 11/08/05 Órgão SSP/PA

CPF nº 046.358.888-21 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>Q. A CON NOVO MILANO</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>CSA 022</u>
Bairro	<u>São Sebastião</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64087-010</u> 64 CEP 300
Telefone de Contato	<u>(86) 995548-8300</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA PI 29/10/2015

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

Assinatura do Declarante: X Jacilson Sousa Costa

Nome/Razão Social/Endereço  
**MARIA ODETE COSTA S-USA**  
**COM NOVO MILENIO, Q --A**  
**CASA-022 SAO SEBAST AO**  
**TERESINA 64087010**

AG= 101

Situação	Res.	Categorias de Uso	Inscrição																																				
Água/Esgoto	1	Com. Ind. Pub.	110 34 18 0437 0046-000																																				
3/1																																							
Período de Consumo		Dias Consumo																																					
23/09/2015		26/10/2015																																					
		33																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Histórico de Consumo</th> <th>Consumo</th> <th>Valor</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Leitura</th> <th></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>708</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>731</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>				Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Valor		Leitura			04/15	695	13	0	05/15	708	13	25	06/15	719	11	0	07/15	731	12	25	08/15	743	12	25	09/15	755	12	25	10/15	769	14	0
Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Valor																																				
	Leitura																																						
04/15	695	13	0																																				
05/15	708	13	25																																				
06/15	719	11	0																																				
07/15	731	12	25																																				
08/15	743	12	25																																				
09/15	755	12	25																																				
10/15	769	14	0																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Forma de Faturamento</th> </tr> <tr> <th colspan="3">FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</th> </tr> <tr> <th>Cód. Responsável</th> <th colspan="2">Código da Tarifa</th> </tr> <tr> <td>912048387</td> <td colspan="2">01</td> </tr> <tr> <th>Consumo Médio</th> <th>Consumo Fim Água</th> <th>Consumo Fim Esgoto</th> </tr> <tr> <td>12</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Consumo</th> <th colspan="2">Consumo Faturado</th> </tr> <tr> <td>14</td> <td colspan="2">14</td> </tr> </thead> </table>				Forma de Faturamento			FATURADO P/ CONSUMO NORMAL			Cód. Responsável	Código da Tarifa		912048387	01		Consumo Médio	Consumo Fim Água	Consumo Fim Esgoto	12			Consumo	Consumo Faturado		14	14													
Forma de Faturamento																																							
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL																																							
Cód. Responsável	Código da Tarifa																																						
912048387	01																																						
Consumo Médio	Consumo Fim Água	Consumo Fim Esgoto																																					
12																																							
Consumo	Consumo Faturado																																						
14	14																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cód.</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGUA</td> <td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td> <td>40,85</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,95</td> </tr> </tbody> </table>				Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	AGUA	MANUTENCAO HIDROMETRO	40,85			0,95																											
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																					
AGUA	MANUTENCAO HIDROMETRO	40,85																																					
		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.

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	3/2	89	3/2			3/2	3/2
Nº Amostras Realizadas	3/5	135	3/5			3/5	3/5
Nº Amostras que Atende Legislação	3/4	135	3/4			3/1	3/5
Valor Médio							

CONCLUSÃO: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS FERRAMENTAS SEMESTRALMENTE.  
 MENSAGEM: ACESSO NÃO PERMITIDO PARA LEITURA DO HIDROMETRO POR TRES  
 MESES SEGUIDOS, SERÁ ARBITRADO CONSUMO, CONF. REGULAMENTO

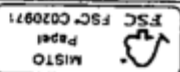
**ARUANA SEGUROS**  
**07 JAN 2016**

<input type="checkbox"/>	Retorno
<input type="checkbox"/>	Desatualizado
<input type="checkbox"/>	Não Exite nº Indicação
<input type="checkbox"/>	Endereço Insuficiente
<input type="checkbox"/>	Nº 00-18
<input type="checkbox"/>	Não Preenchido
<input type="checkbox"/>	Ausente
<input type="checkbox"/>	Falecido
<input type="checkbox"/>	Int. Escrito pelo Remetente/Endereço

PARA USO DO CORREIO

Remetente: Caixa Postal 79594 - CEP 05181-971 São Paulo SP

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



**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

ARUANA SEGUROS  
07 JAN 2016



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, BRUNO FABI SECCON,  
RG nº 93.059565, data de expedição 22/05/2001  
Órgão PR, portador do CPF nº 050.986.559-08 com  
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUÍ, 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 Sousa Costa, cujo o condutor era  
- Jackson Sousa Costa.

Veículo:  
Modelo: HONDA BIZ 125 EX  
Ano: 2014  
Placa: OVY 1233  
Chassi: 9c2jc4830ERO41754  
Data do Acidente: 17/10/2015  
Local e Data: BELTERRA II RUA: 07/17/10/2015

BRUNO FABI SECCON  
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÊA LEÃO  
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI  
FONE: (066) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio6@maczerepo.com.br  
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE BRUNO FABI SECCON e  
JACKSON SOUSA COSTA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 12/11/2015.

IVARA LUCAS MENDES LEAL-ESCRIVENTE COMPROVADA  
Emol.: 6,36 TJ: 0,64 Selo: 0,20 Total: 7,20 (42)

42/13141312112015/532



ARUANA SEGUROS  
07 JAN 2016



DOCUMENTO 5 \*T5%\*



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jackson Sousa Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 180344

ARUANA SEGUROS  
07 JAN 2016

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3229 4972  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



# FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Imp: 24/11/2015 12:33:15  
(JOAQUIMJUNIOR)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: JACKSON SOUSA COSTA		Prontuário: 180399
Mãe: MARIA ODETE COSTA SOUSA	Pai: JOSE BENTO DE SOUSA	
End. Resid.: QUADRA A, CASA 22 - NOVO MILENIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-080		
Nascimento: 09/03/1991	Idade: 24a:7m:8d	Sexo: Masculino
Responsável: FRANCISCO JEFIRSSON COSTA SOUSA	CNS: 898002980581161	Fone: 86-95866-292
Profissão: MOTORISTA	Documento: RG: 2740044 - SSP	
G. Instrução: Médio Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

## DADOS DO ACOLHIMENTO:

Código: 500271	Data: 17/10/2015 18:08:19	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não	Convênio: S U S	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 NIE (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. Sanqui.: FC:
E - NEUROLÓGICO:					
ECG - AO:	RV:	RM:	Som:	Pupilas:	Plegias/Parestesia: Membro:
F - SINAIS VITAIS:					
PR:	TAX:	FR:	Pulso:	Glic. Capilar:	Escala de Dor:
D - ALERGIAS:					
Descreva se informado):					
G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:					
Descreva se informado):					
I - CLASSIFICAÇÃO:					
H - DESTINO:					
Descreva se necessário):					

ARUANA SEGUROS  
07 JAN 2016

Carimbo/Assinatura Profissional

7



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Recôncavo - Fone: 35 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## 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 24/11/15

Servidor

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS  
07 JAN 2016

8



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

# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

**Dados do Chamado**

01 Nº. do chamado: 02 Data do chamado: 03 PRO (código): 04 Saída do PA: 05 Chegada ao local:

06 Saída do local: 07 Chegada ao 1º. hospital: 08 Saída do 1º. hospital: 09 Chegada ao 2º. hospital:

**Local da Ocorrência**

10 Endereço: Rua - Martins Napoleão  
11 Bairro: Bel Terra  
12 Município-UF: TE-PI Código IBGE:

13 Ponto de referência:

**Dados do Paciente**

14 Nome: Jackson Sousa Costa  
15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado

16 Idade: 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 4 - Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999

**Tipo de Ocorrência**

18 Tipo de ocorrência: 0 - Acidente de transporte 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

01 - Agressão física-espantamento 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda  
02 - Agressão física-FAF 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica  
03 - Agressão física-FAB 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica  
04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência  
05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares

16 - Outros  
17 - Já removido  
18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**

19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado

20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - 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

ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - A dor 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 89 Resp. PA 13x8 TAX. SatO2 98%

25 Local da lesão:

26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais

27 Pulso: Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente Central

28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não

29 Dor:

30 Fratura: 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada 2 - Não 3 - Suspeito

**Assistência**

31 Procedimentos realizados: (1 - Sim 2 - Não)

☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia  
☐ Oxigênio ☐ Calor cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso  
☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência psicológica ☐ Medicamentos a) b) c)

CONFERE COM O ORIGINAL: Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU

**Hospital de Destino**

32 Hospital de Destino: HUT

33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Alterado

34 Óbito: ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐ Não Removido

**Observações Interdisciplinares**

Paciente vítima de acidente no trânsito, segue com fratura exposta em MIE (pé) + suspeita de luxação de clavícula E + múltiplas escoriações + lesão em couro cabeludo

**Assinaturas**

Clarisse Santos Enfermeira  
Socorristas Médico: Alessandra  
AETE: Rafael  
Enfermeiro: Rafael  
Condutor: Rafael

VALOR EM TODOS TERCEIROS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 2.740.044 DATA DE EMISSÃO 11/08/05

NOME JACKSON SOUSA COSTA

NATURALIDADE MARIA ODETE COSTA SOUSA

DATA DE NASCIMENTO 09/03/1951

DOC ORIGEM SÃO DOMINGOS-MA

CERT. NASC. 14428 1/29 F 294V

CPF EXP FORTUNA-MA 06/12/94

LEI Nº 7.116 DE 20/06/93



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

*Jackson Sousa Costa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

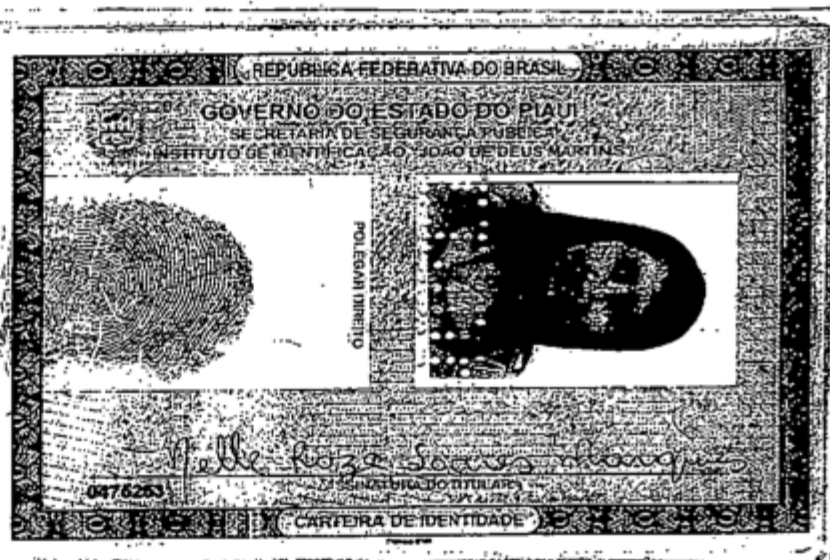
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DA POLÍCIA FEDERAL

CPF

026 358 893 27

19/03/1951



DOCUMENTO 3 "T3%"

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 4.119.262

DATA DE EXPEDIÇÃO: 23/09/14

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES

PLACAO: CÍCERA MARQUES JUCUNDE

NATURALIDADE: ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/1971

CRATEUS-CE

CERT. NASC: 529

EXP. CRATEUS-CE: 25/09/14

TERESINA - PI

840.173.173-91

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 DECRETO Nº 89.250/83

ARUANA SEGURO

07 JAN 2016

154

# 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

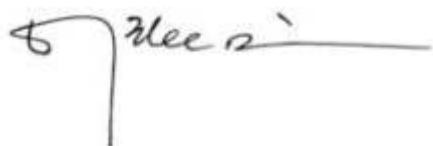
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**







# **PROCURAÇÃO PARTICULAR**

[Preencher com letras de forma legível e sem rasuras]

## **OUTORGANTE:**

Nome: Jackson Sousa Costa

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2.740.044

CPF: 046.358.893-27

Profissão: MOTORISTA

Endereço: A.A.C. 22 NOVO MELHADO

CEP: 64087010

Telefone: 186 99408-9351

## **OUTORGADO:**

Nome: NELE ROZE SOARES MARQUES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 4.339.250

CPF: 840.173.173-91

Profissão: RECURSO-SÉ

Endereço: AV. MIGUEL RODA 2545 SALA D

CEP: 64001495

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 deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Jackson Sousa Costa

Local e data

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

Assinatura do OUTORGANTE

[Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro]

TERESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÊA LEÃO  
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI  
FONE: (085) 3221-5643 / 3221-5188 - E-mail: cartorio@marcamoraes.com.br

RECONHEÇO A VERDADEIRA A FIRMA DE: JACKSON SOUSA COSTA, DO  
TEST. NELE ROZE SOARES MARQUES DA VERDADEIRA TERESINA-PI 20/11/2015.

Estenia Beatriz de Sousa Rufino-Escrevente Compromissada  
Emol.: 3,18 TJ: 0,32 Selo: 0,10 Total: 3,60 (44)  
44/0916582011201



Cartório do 8º Ofício de N.º  
Estenia Beatriz de Sousa Rufino  
Escrevente Compromissada  
Teresina-PI

**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, crepitação, 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):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 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

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, crepitação, 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):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 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

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.