

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Audiências, Sistema SAJ, Consulta proce..., PJ 0809193-06.20..., Download file, (33) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=20011&ca=8933b6f7b46b9ba99f7e5cb6365704fc...

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

PJE ProceComCiv 0809193-06.2017.8.18.0140 JACKSON SOUSA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

12136317 - CONTESTAÇÃO (2753326 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/09/2020 10:52:29

25 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12136311 - CONTESTAÇÃO
 - 12136317 - CONTESTAÇÃO (2753326 CONTESTACAO 01)
 - 12136323 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12136325 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12136328 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12136332 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08091930620178180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT em caso de invalidez parcial de...

PT 10:52 25/09/2020



25/09/2020

Número: **0809193-06.2017.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **09/07/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JACKSON SOUSA COSTA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12136323	25/09/2020 10:52	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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.

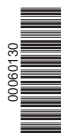
ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00259/00260 - carta_02



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 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

Pag. 00045/00046 - carta_01





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.

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

Pag. 00327/00328 - carta_02



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, SEJURA, 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, §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 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 AGUIERO CRM: 52359880



Gustavo C. Cálcena Aguiar
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 SOARES COSTA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.740.000 EXPEDIDO POR SP/SP EM 21/08/2015
CPF 0003558803-00 / 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), 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) _____

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

Nº do BANCO 300 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3330 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.

TERESINIA SOARES COSTA de 22 de agosto de 2015
LOCAL E DATA

Jackson Soares 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ARJANA SEGUROS
07 JAN 2016



12

DOCUMENTO 1 "T1%"



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

Data/Hora

11/10/2015 - 16:40

Bairro

TODOS OS SANTOS

Ponto de Referência

BEL TERRA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JACKSON SOUSA COSTA

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

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

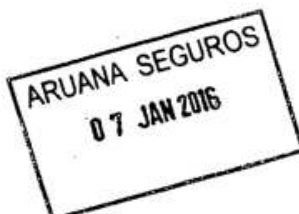
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA RUA MARTINS MAGALHÃES, CONDUZINDO A MOTO HONDA /BIZ 125 ,COR BRANCA, PLACA OYV-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 - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

JACKSON SOUSA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação



Boletim de Ocorrência emitido em: 26/11/2015 10:48 - SisBO@2011-2015 AT1

Página 1/1





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

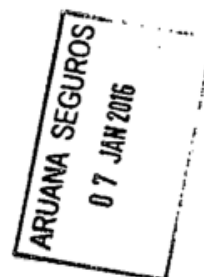
Teresina-PI, 15 de dezembro de 2015

- BRUNO FABI SECCON
BRUNO FABI SECCON

AVERBANTE

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS

ESCRIVÃ





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jaqueson Sousa Costa
portador da carteira de identidade nº 27200026 e inscrito no CPF/MF
sob o nº 04635889327 residente e domiciliado na Quilombo - A
Cad. Novo Milênio Bar. 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.

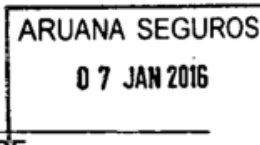
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: TERESINA-PI Data: 09/10/2015

Jaqueson Sousa Costa

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



Atto declaratório

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	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	19 - Outros			
	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida			
Acidente de Transporte	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow =			
	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão			
Exame Físico	26 Pupilas	27 Dor			
	28 Sangramento	29 Escala de Dor de 0 a 10			
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados			
	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada			
Hospital de Destino	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinares			



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

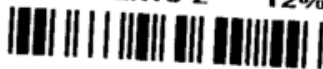
AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000030735-8

Nr. da Autenticação 8A7F57B492FDDD2E



DOCUMENTO 2 "T2%"



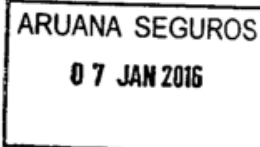
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNAN SOARES COSTARG nº 2720022, 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>R. A CON DOVO 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> <u>64 087 300</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99548-8300</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA 29/10/2015Assinatura do Declarante: x Ednan Soares Costa

13



Este recibo é individual e em caso de extravio, não poderá ser utilizado para fins de cobrança.

Assinatura: _____

CPF: _____

Nome: _____

LO PESSOAL E UM TITULO AO PORTADOR DO DOCUMENTO

ESTE RECIBO É UM TITULO AO PORTADOR DO DOCUMENTO

para receber o produto em conformidade com o documento

que o produto foi entregue em conformidade com o documento

tempo, podendo ser utilizado para fins de cobrança

produtos, podendo ser utilizado para fins de cobrança

o produto foi entregue em conformidade com o documento

Nome/Razão Social/Endereço

MARIA ODETE COSTA SILVA

CON NOVO MILENIO, Q -A

CASA-022 SAO SEBASTAO

TERESINA 64087010

AG= 101

Situação	Rel.	Categorias de Uso	Inscrição
Agua/Esgoto	1	Com. Ind. Pub.	110 34 18 0437 0046-000

Período de Consumo	Dias Consumo
23/09/2015	26/10/2015
	33

Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Obs.
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

Forma de Faturamento	Cód. Responsável	Código de Tarifa
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL	912048387	01

Consumo Médio	Consumo Faturado
12	14

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	Oxigênio	pH	Ferro	Calcário	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			322	322
Nº Amostras Realizadas	3/5	135	3/5			375	375
Nº Amostras que Atende Legislação	3/4	135	3/4			371	375
Valor Médio							

CONSERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

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

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016





Declaração do Proprietário do Veículo

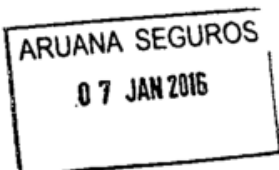
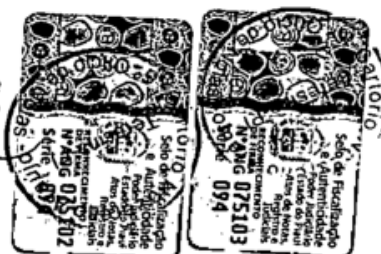
Eu, BRUNO FABI SECCON,
RG nº 93059565, data de expedição 22/05/2001
Órgão PR, portador do CPF nº 050.986.559-08 com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RS DOM HELDER QD A CASA 19, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo 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: 0VY 1233
Chassi: 9C2JC4830ERO41754
Data do Acidente: 17/10/2015
Local e Data: BELTERRA - BA: 07/11/2015

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 ÁREA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (066) 3221-3543 / 3221-9180 - E-mail: cartorio6@teresianapi.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.
IARA LUCAS MENDES LEAL - ESCRIVENTE CONFISSADA
Emol.: 6,36 TJ: 0,64 Selo: 0,20 Total: 7,20 (42)
42/13141312112015/532



6



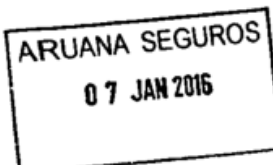
DOCUMENTO 5 *T5%*



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jackson Sousa Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 180399



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

6





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3229 4372
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Imp: 24/11/2015 12:23:16
(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 Fone: 86-95866-292
Responsável: FRANCISCO JEFIRSSON COSTA SOUSA	CNS: 998002980581161	
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. Sanguí.: FC:
E - NEUROLÓGICO:					
ECG - AO:	RV:	RM:	SCMA:	Pupílas:	Plegias/Parestesia:
Membro:					
F - SINAIS VITAIS:					
PA:	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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Recôncavo - Fone: 35 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.317/0022-02

Página: 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 CRÂNIO

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 N.º do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1.º hospital	08 Saída do 1.º hospital	09 Chegada ao 2.º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	19 Tipo de ocorrência			
	20 Tipo de ocorrência	21 Tipo de ocorrência			
Acidente de Transporte	22 Tipo de ocorrência	23 Tipo de ocorrência			
	24 Tipo de ocorrência	25 Tipo de ocorrência			
Exame Físico	26 Glasgow =	27 Glasgow =			
	28 Glasgow =	29 Glasgow =			
Assistência	30 Glasgow =	31 Glasgow =			
	32 Glasgow =	33 Glasgow =			
Hospital de Destino	34 Glasgow =	35 Glasgow =			
	36 Glasgow =	37 Glasgow =			
Observações Interdisciplinar	38 Glasgow =	39 Glasgow =			
	40 Glasgow =	41 Glasgow =			

07 JAN 2016

Clarisse Santos
Enfermeira
Resposta: 12/01/2016

Socorristas
Médico
AETE

Enfermeiro
Condutor



VALORES EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 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 JOSÉ BENTO DE SOUSA

CERT. NASC. 14428 1/29 F 294V

CPF EXP FORTUNA-MA 06/12/94

LEI Nº 7.167 DE 20/04/03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

ASSINATURA DO TITULAR Jackson Sousa Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Secretaria da Polícia Federal

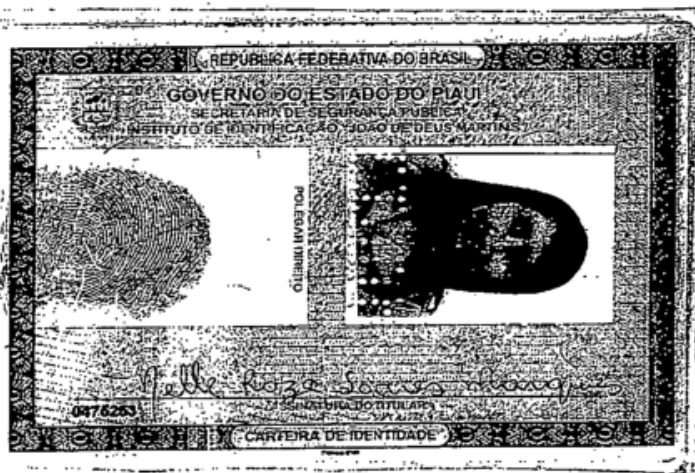
CPF

036 356 893 27

19/03/1951

10





14



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

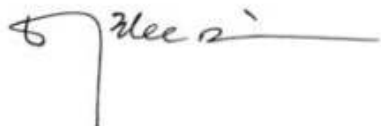
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 4 "T4%"



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 MELHUR

CEP: 64087010

Telefone: 186 99408-9351

OUTORGADO:

Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 4.339.260

CPF: 840.173.173-91

Profissão: RECURSO-SE

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 pericia 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

ARUANA SEGUROS

07 JAN 2016

Local e data

Jackson Sousa Costa

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: 54001-210 - TERESINA-PI
FONE: (085) 3221-3643 / 3221-5788 - E-mail: cartorio@teresiananotario.com.br

RECONHECIMENTO VERDADEIRA A FIRMA DE: JACKSON SOUSA COSTA, DO
TEST. DA VERDADE 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 Notas
Estenia Beatriz de Sousa Rufino
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, 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.

Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA



**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.

Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA

