

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0800272-76.20..., Baixar o arquiv..., (32) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=487497&ca=b0e2bf87d819879d381b73cbaacc52...

Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJe ProceComCiv 0800272-76.2020.8.18.0100
CLEBER DE SOUSA PAIXAO X GENTE SEGURADORA SA

13365693 - CONTESTAÇÃO (2763917 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/11/2020 11:34:15

25 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13365288 - CONTESTAÇÃO
 - 13365693 - CONTESTAÇÃO (2763917 CONTESTACAO 01)
 - 13365697 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13365698 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13365699 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 13365700 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

2763917- C3/ 2020-04105/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MANOEL EMÍDIO/PI

PT 11:34 25/11/2020



Número: **0800272-76.2020.8.18.0100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Manoel Emídio**

Última distribuição : **18/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEBER DE SOUSA PAIXAO (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13365697	25/11/2020 11:34	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190425728

Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Data do Acidente: 25/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

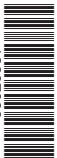
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14557678

Pag. 01873/01874 - carta_01 - INVALIDEZ

00020937





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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190425728

Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Data do Acidente: 25/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00953/00954 - carta_02 - INVALIDEZ

00060477



Carta nº 14563303





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

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190425728

Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Data do Acidente: 25/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEBER DE SOUSA PAIXAO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000004445**

Conta: **0000022357-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 804.702.383-72 4 - Nome completo da vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

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

5 - Nome completo: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO 6 - CPF: 804.702.383-72
7 - Profissão: LAVADOR 8 - Endereço: RUA DR. TIBÉRIO NUNES 9 - Número: 53 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: MARAÓL EMÍDIO 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64875-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99423 5886

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4445 (Informar o dígito se existir) CONTA: 001.22357 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLOREANO - PI 10/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI
Boletim No.: 5732/2017

FOLHA:1
INICIADO:25/11/2017 07:12 e EMITIDO: 25/11/2017 08:31

1ª Via

JNLQNP CBDKEKN[[

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Natureza(s):

Espécie: Acidente de trânsito
Natureza: Colisão
Consumado

Espécie: L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro
Natureza: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)
Consumado

Local: AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA

ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP

Tipo de local: Via pública - Via pública

Circunscrição: 02º D.P. BARUERI

Ocorrência: 25/11/2017 às 05:12 horas

Comunicação: 25/11/2017 às 07:12 horas

Elaboração: 25/11/2017 às 07:12 horas

Flagrante: Não

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Vítima:

- CLEBER DE SOUSA PAIXAO - Não presente ao plantão - RG: P1763118-PI
emitido em 22/02/2017 - Exibiu o RG original: Não

Pai: MIGUEL DE SOUSA PAIXÃO - Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXÃO

Natural de: MANOEL EMÍDIO - PI - Nacionalidade: BRASILEIRO

Sexo: Masculino - Nascimento: 22/08/1977 40 anos - Estado civil: Casado

Profissão: CONFERENTE - Instrução: 2 Grau incompleto - CPF: 80470238372

UF: SP - Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Parda

Olhos: Castanhos escuros - Cor do cabelo: Castanhos escuros

Endereço Residencial: RUA PIETRO CLISSA, 70 - JD BONANÇA - OSASCO - SP

Telefones: (11) 96323-7200 (Residencial)

Condutor:

- WILSON SALES - Presente ao plantão - RG: 36367669-SP

emitido em 04/05/2004 - Exibiu o RG original: Sim - Pai: MANOEL SALES

Mãe: CICERA MARIA SALES - Natural de: RECIFE -PE

Nacionalidade: BRASILEIRA - Sexo: Masculino - Nascimento: 09/10/1969

48 anos - Estado civil: Solteiro - Profissão: GUARDA MUNICIPAL

Instrução: 2 Grau completo - Advogado Presente no Plantão: Não

Cutis: Branca - Olhos: Castanhos escuros

Cor do cabelo: Castanhos escuros - Endereço Residencial: RUA DA PRATA, 725

VILA PORTO - BARUERI - SP - Telefones: (11) 4199-1400 (Residencial)

Autor:

- ANDRÉ DE OLIVEIRA NOVAES - Não presente ao plantão - RG: 44238041-SP

Exibiu o RG original: Não - Pai: EDSON NOVAES

Mãe: ANA MARIA DE OLIVEIRA - Natural de: IBIUNA - Sexo: Masculino

Nascimento: 13/01/1994 23 anos - Estado civil: Solteiro

Profissão: MOTORISTA - Instrução: 1 Grau completo - CPF: 44003976886

DEL.POL.BARUERI

www.policiacivil.sp.gov.br

Endereço da delegacia : R PRES. ARTHUR COSTA E SILVA, 200 - VILA SILVEIRA-BARUERI-SP. CEP: 06411-000



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI
Boletim No.: 5732/2017

FOLHA:2
INICIADO:25/11/2017 07:12e EMITIDO: 25/11/2017 08:31

1ª Via

JNLQNP CBDKEKN[[

CNH: 06072725230 - Validade CNH: 06/06/2021 - Categoria CNH: A
Advogado Presente no Plantão: Não - Cutis: Branca
Olhos: Castanhos escuros - Cor do cabelo: Castanhos escuros
Endereço Residencial: RUA JOSÉ EUGÊNIO MACHADO, 780 - CENTRO
CEP: 18150-000 - IBIUNA - SP - Telefones: (15)99697-7026 (Residencial)

Veículos:

- Placa: CDI0398 - Cidade: OSASCO - UF: SP - Chassis: 9C2KC08508R403435
RENAVAM: 947015230
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES - Tipo: MOTOCICLETA
Ano fabricação: 2007 - Ano modelo: 2008 - Cor: Cinza
Combustível: Gasolina - Proprietário: CLEBER DE SOUSA PAIXAO
Ocorrência: Acidentado - Local: Via Pública - Segurado: Não
Pessoa relacionada: CLEBER DE SOUSA PAIXAO
- Placa: ECM9098 - Cidade: MOGI DAS CRUZES - UF: SP
Chassis: 9BFXEAEU4CBS01402 - RENAVAM: 394394143
Marca/Modelo: FORD/CARGO 1317 CN - Tipo: CAMINHÃO - Ano fabricação: 2011
Ano modelo: 2012 - Cor: Prata - Combustível: Diesel
Proprietário: MOACIR ANTONIO DA ROSA - Ocorrência: Envolvido
Local: Via Pública - Segurado: Não
Pessoa relacionada: ANDRÉ DE OLIVEIRA NOVAES



IMPORTANTE:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares.

O pagamento será feito diretamente à vítima pela seguradora consorciada, ou na forma do art.792, do Código Civil, no prazo de 03 (três) anos, a partir da data do acidente.

O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado, com o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias da apresentação dos seguintes documentos:

- I- Certificado de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso de morte;
- II- Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente é no caso de danos pessoais.

Para tirar dúvidas e mais esclarecimentos, acesse www.dpvatseguro.com.br, ou pelo telefone 0800-0221204.

Histórico:

Comparece nesta Delegacia de Polícia, o Guarda Municipal, RG 36.367.669, noticiando-nos que, foi acionado via CECOM a comparecer no local dos fatos a fim de atender ocorrência de acidente de trânsito com vítima, no qual colidiram um caminhão e uma motocicleta.

DEL.POL.BARUERI

www.policiacivil.sp.gov.br

Endereço da delegacia : R PRES. ARTHUR COSTA E SILVA, 200 - VILA SILVEIRA-BARUERI-SP. CEP: 13411-000





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI
Boletim No.: 5732/2017

FOLHA:3
INICIADO:25/11/2017 07:12e EMITIDO: 25/11/2017 08:31

1ª Via

JNLQNP CBDKEKN[[

Chegando ao local tomou conhecimento que o condutor da moto veio a cair ao solo, lesionando-se, sendo socorrida pelo resgate RM02, o qual a conduziu para o PS Parque Imperial, onde foi medicada permanecendo em observação.

Em razão do ocorrido, decidiram apresentar a ocorrência a Autoridade Policial para que fossem tomadas as providências cabíveis.

O local é um cruzamento da Av. Piracema com a Alameda Araguaia, com camada asfáltica em boas condições, pista seca e iluminação natural a contento.

Assim que comparecer nesta Delegacia, a vítima será orientada acerca da necessidade da representação, caso deseje o prosseguimento das investigações e a instauração do competente procedimento de Polícia Judiciária, providência que deverá ser feita dentro do prazo decadencial de seis meses, contados da data em que teve conhecimento da autoria do delito. Foi requisitado exame IML para a vítima e IC para os veículos. A motocicleta foi entregue para Vanderley de Miranda Araujo e o caminhão para o proprietário. Nada mais.

Exames requisitados: IC-IML

Solução: ENCAMINHAMENTO DP ÁREA DO FATO

ALESSANDRA AMARAL CESAR
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

CELSO LUIZ DE FRANÇA
DELEGADO DE POLÍCIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEL.POL.BARUERI

www.policiacivil.sp.gov.br

Endereço da delegacia : R PRES. ARTHUR COSTA E SILVA, 200 - VILA SILVEIRA-BARUERI-SP. CEP: 06111-000



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI

RDO Nº: 5732/2017

REQUISIÇÃO IML-PESSOA

ILMO(A). SR(A). DIRETOR(A) DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: Lesão Corporal
Passou pelo P.S. : Sim SAMEB

CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA

Delegacia : 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº : 5732/2017 Flagrante: Não

Naturezas : Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)

Local : AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II -

CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública

Circunscrição : 02º D.P. BARUERI

Elaborado em : 25/11/2017 07:12

Data Ocorrência : em 25/11/2017 às 05:12

Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Equipe de Pericias Medico
Legado de Osasco

Osasco: 04 DEZ 2017

A vítima se apresentou para
exame na presente data.

DADOS DA PESSOA

VÍTIMA 1 - CLEBER DE SOUSA PAIXAO, RG 1763118 - PI, CPF 80470238372, filho de MIGUEL DE SOUSA PAIXÃO e de RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXÃO, natural de MANOEL EMÍDIO - PI, nacionalidade BRASILEIRO, sexo Masculino, pele Parda, nascido(a) em 22/08/1977, com 40 anos de idade, estado civil Casado, profissão CONFERENTE, grau de instrução 2 Grau incompleto, residente a RUA PIETRO CLISSA, nº. 70, no bairro JD BONANÇA, na cidade OSASCO - SP, CEP 00000-000, telefone(s) (11) 963237200

Presente ao Plantão? Não

Remeter para :

Solicito ao médico que atendeu, ou diretor do (PS ou Hospital), cópia de meu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como autorizo expressamente, sua revelação ou divulgação à autoridade policial competente, que a utilizará tão-somente, se for o caso, para fins de elaboração de exame de corpo delicto.

BARUERI, 25 de novembro de 2017.

VÍTIMA 1 - CLEBER DE SOUSA PAIXAO
Vítima

CELSO LUIZ DE FRANÇA
Delegado(a) de Polícia

ALESSANDRA AMARAL CESAR

Escrivão(ã) de Polícia





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI

RDO Nº: 5732/2017

REQUISIÇÃO IC-VEICULO

ILMO. SR. DIRETOR DO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: (Efetuar exame inicial)

Natureza do Exame : Constatação de danos e trafegabilidade

CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA

Delegacia : 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº : 5732/2017

Naturezas : Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)

Local : AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública

Circunscrição : 02ª D.P. BARUERI

Elaborado em : 25/11/2017 07:12

Data Ocorrência : em 25/11/2017 às 05:12

Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Placas.....: CDI0398

Chassis.....: 9C2KC08508R403435

Proprietário.: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Tipo.....: MOTOCICLO

Ano fabric....: 2007

Ano modelo....: 2008

Marca.....: HONDA/CG 150 TITAN ES

Combustível.: Gasolina

Cor.....: Cinza

Município....: OSASCO - SP

Local.....: Via Pública

Detalhes do Exame:

O laudo deverá ser enviado a: DEL.POL.BARUERI

BARUERI, 25 de novembro de dois mil e dezessete.

CELSON LUIZ DE FRANÇA

Delegado(a) de Polícia





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI
RDO Nº: 5732/2017

REQUISIÇÃO IC-VEICULO

ILMO. SR. DIRETOR DO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: (Efetuar exame inicial)

Natureza do Exame : Constatação de danos e trafegabilidade

CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA

Delegacia : 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº : 5732/2017

Naturezas : Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)

Local : AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública

Circunscrição : 02ª D.P. BARUERI

Elaborado em : 25/11/2017 07:12

Data Ocorrência : em 25/11/2017 às 05:12

Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Placas.....: CDI0398

Chassis.....: 9C2KC08508R403435

Proprietário.: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Tipo.....: MOTOCICLO

Ano fabric....: 2007

Ano modelo....: 2008

Marca.....: HONDA/CG 150 TITAN ES

Combustível..: Gasolina

Cor.....: Cinza

Município....: OSASCO - SP

Local.....: Via Pública

Detalhes do Exame:

O laudo deverá ser enviado a: DEL.POL.BARUERI

BARUERI, 25 de novembro de dois mil e dezessete

CELSON LUIZ DE FRANÇA

Delegado(a) de Polícia





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: DEL.POL.BARUERI

RDO Nº: 5732/2017

REQUISIÇÃO IC-VEICULO

ILMO. SR. DIRETOR DO INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA

Requisito a V.Sa. providências no sentido de determinar a perícia abaixo:

Objetivo da Perícia: (Efetuar exame inicial)

Natureza do Exame : Constatação de danos e trafegabilidade

CARACTERÍSTICAS DA OCORRÊNCIA

Delegacia : 30401 - DEL.POL.BARUERI

Boletim nº : 5732/2017

Naturezas : Acidente de trânsito / Colisão(Consumado), L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro / Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)(Consumado)

Local : AVENIDA PIRACEMA, 100 esquina com ALAMEDA ARAGUAIA - ALPHAVILLE RESIDENCIAL II - CEP: 06455-000 - BARUERI - SP, cujo local é um(a) Via pública

Circunscrição : 02ª D.P. BARUERI

Elaborado em : 25/11/2017 07:12

Data Ocorrência : em 25/11/2017 às 05:12

Data Comunicação: 25/novembro/2017 Hora: 07:12

Placas.....: CDI0398

Chassis.....: 9C2KC08508R403435

Proprietário.: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Tipo.....: MOTOCICLO

Ano fabric....: 2007

Ano modelo....: 2008

Marca.....: HONDA/CG 150 TITAN ES

Combustível...: Gasolina

Cor.....: Cinza

Município....: OSASCO - SP

Local.....: Via Pública

Detalhes do Exame:

O laudo deverá ser enviado a: DEL.POL.BARUERI

BARUERI, 25 de novembro de dois mil e dezessete.

CELSON LUIZ DE FRANÇA

Delegado(a) de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 804.702.383-72 3 - CPF da vítima: 804.702.383-72 4 - Nome completo da vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

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

5 - Nome completo: CLEBER DE SOUSA PAIXÃO 6 - CPF: 804.702.383-72
7 - Profissão: LAVADOR 8 - Endereço: RUA DR. TIBÉRIO NOUFS 9 - Número: 253 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: MANOEL EMÍDIO 13 - Estado: PIAUI 14 - CEP: 64875-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99423 5886

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA
AGÊNCIA: 4443 CONTA: 001.22357 2

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 6 12 JUL 2019
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLOPIM/PI 10/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190425728

Cidade: Barueri

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Data do acidente: 25/11/2017

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Úmero Esquerdo com Neuropraxia do Radial.

Descrição do exame físico: Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuropraxia do radial, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular, atrofia da musculatura do braço esquerdo, e neuropraxia do nervo radial com limitação dos movimentos articulares.

ADM da articulação do Cotovelo Esquerdo - Flexão - 0 a 35°.

Extensão - 35 a 0°.

ADM da articulação do Ombro Esquerdo - Flexão - 0 a 90°.

Extensão - 0 a 20°.

Adução - 0 a 20°.

Abdução - 0 a 90°.

Rotação interna - 0 a 45°.

Rotação externa - 0 a 45°.

Resultados terapêuticos: Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuropraxia do radial; realizado tratamento cirúrgico; realizado tratamento fisioterápico; evolui com dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular. Alta médica em 19/06/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro superior E devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular, redução da força, limitação moderada da mobilidade do ombro e grave do cotovelo esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

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 membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



REM COMUM



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI

PRONTO ATENDIMENTO - IMPERIAL

RUA PROFESSOR JOAO DA MATA E LUZ, 350 - CENTRO - 06401124 - BARUERI/SP

Emitido em: 25.11.2017 05:58:57
Emissor: UILSON SANTOS ARAUJO

CNES:

CNPJ: 46.523.015/0001-35

FAA: 33149



Forma Entrada: MEIOS PRÓPRIOS

Data/Hora: 25/11/2017 05:58:00

Especialidade: CLINICO GERAL

Natureza do Atendimento: NATURAL

Senha Totem: P23

Tipo de Atendimento: URGÊNCIA

Nº Atendimento: 87289

Nome: PACIENTE DESCONHECIDO

Nome Social: PACIENTE DESCONHECIDO

Idade: 40 ANO(S) 0 MES(ES) 0 DIA(S) Prontuário:

CPF:

RG: Não Informado CNS:

Dt.Nasc.: 25/11/1977 - Sexo: MASCULINO

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Endereço: 00000000 - NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO, 00, NÃO INFORMADO, CPL: NÃO INFORMADO - NÃO INFORMADO/SAO PAULO

Nome Mãe: SEM DOCUMENTO

Nome Pai:

Tel. Comercial:

Tel. Residencial: (011) 96323-7200

Tel. Celular:

TOSSE ()SIM ()NÃO, Há 3 semanas ou mais? ()SIM ()NÃO

Data/ Hora	Médico	Especialidade	CID	RECURSO	FAA

AUTORIZO O CORPO CLÍNICO A PRATICAR QUALQUER TRATAMENTO NECESSÁRIO OU PRUDENTE

Responsável: PACIENTE DESCONHECIDO - RG: Não Informado ()

ASS.:

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		Dor: _____ P.A: 140 X 90 mm/HG FR: 19 IRPM FC: 86 BPM Temp: 36.1 °C Peso: _____ Kg Alt: _____ cm IMC: Spo2: _____ % Glicemia: 158 mg/dL
Alergia: _____ Medicação em Uso: _____	12 JUL 2019	
ENFERMEIRO / DATA E HORA	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470	

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL/ ANAMNESE / EXAME FÍSICO:

AC MOP acidente moto x carro. Gravidade moderada.
Apresenta Fratura de ulna, T6 e T7.
(GHS 815), Escorinho de MM II.
FC de 86 - PA 140/90.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS/REALIZADOS

RAI - T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, L1, L2, L3, L4, L5, S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25, S26, S27, S28, S29, S30, S31, S32, S33, S34, S35, S36, S37, S38, S39, S40, S41, S42, S43, S44, S45, S46, S47, S48, S49, S50, S51, S52, S53, S54, S55, S56, S57, S58, S59, S60, S61, S62, S63, S64, S65, S66, S67, S68, S69, S70, S71, S72, S73, S74, S75, S76, S77, S78, S79, S80, S81, S82, S83, S84, S85, S86, S87, S88, S89, S90, S91, S92, S93, S94, S95, S96, S97, S98, S99, S100.

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA

ESP. PROCEDIMENTOS/SUS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

Assinatura(s) e Carimbo(s) - CRM

25/11/17
Data/Hora da Dispensa

R1300130029

Página: 1 de 1

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Max ROUSSEY
Médico
CRM-SP 107.180

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2020 11:34:15

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011251134148400000012641302

Número do documento: 2011251134148400000012641302

Num. 13365697 - Pág. 15

Cléber de Sousa paixão:

Ramunda Maria de Sousa paixão

DN 22/08/1977

- Bone Emma

- Colun cuale mado
dure. Bonora

Sam Hlean

Shimma

Nice re

ma du for

Shute Pa



Max Roit Bussing
Medico
CRM-SP 102.383

25/10/17

- Dma crulu @

- Me nle mdozdy



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:	19/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04445

CONTA: 000000022357-2

Nr. da Autenticação 0BA5E1838ABCC9C3



SEU CODIGO
0304588-9

Nº da Nota Fiscal 023789207

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	04-07-2019	204	199,57

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 05/98

MIGUEL DE SOUSA PAIXAO
R. DR TIBERIO NUNES S/N 280 CENTRO
CPF: 00015550990253
CEP: 64.875-000 - MANOEL EMIDIO

ROT: 244.538.19.19.030100

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	31910	Atual:	27-06-2019
Anterior:	31706	Anterior:	28-05-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	29-07-2019
Consumo Medido:	204	Emissão:	26-06-2019
Consumo Faturado:	204	Apresentação:	27-06-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A16930		1.1.1.1	206

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/19	214	CONSUMO 204 A R\$ 0,916676 =	187,00
ABR/19	212	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,57
MAR/19	170	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,20
FEV/19	212		
JAN/19	207		
DEZ/18	196		
NOV/18	240		
OUT/18	277		
SET/18	261		
AGO/18	195		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 204 - 0,916676

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 26-06-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO CS67.6A80.CF46.5315.F87C.C9C3.AEB2.875F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	36,78		Base de Cálculo:	187,00	
Energia:	71,06		Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	12,01		Valor do ICMS:		50,49
Encargos:	5,88		Valor do PIS:	1,40%	1,92
Tributos:	61,27		Valor do COFINS:	6,49%	8,86

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,93	7,85	15,70	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunta ELIZEU MARTINS Período de apuração: 04/2019 ELISD: 74,95

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Costa de Resende, 465 Loja C
Apto-101 CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDNAN ALVES SOARES inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803 / 000 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLEBER DE SOUSA PAIXÃO inscrito (a) no CPF sob o Nº 804.702.383 72 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLEBER DE SOUSA PAIXÃO inscrito (a) no CPF sob o Nº 804.702.383 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA PROTETADA 22</u>		Número <u>291</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>TIBICÁ</u>	Cidade <u>FLORIANO</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64800-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Local e Data:

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DLDRL 001 V001/2017





Cardiologia - Cirurgia Plástica - Dermatologia - Ortopedia - Pediatria - Psiquiatria
Raio x Digital - Fisioterapia - Psicologia - Nutrição - Exames laboratoriais

RELATÓRIO MÉDICO

Relato que o paciente Cleber de Sousa Paixão, 41 anos, RG 1763118, CPF 804.702.383-72, foi atendido no Pronto Socorro do Parque Imperial na cidade de Barueri - SP no dia 25/11/2017, com Ficha de Atendimento de número 87289, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 5732/2017, com trauma no braço esquerdo e exames de imagem evidenciando fratura de úmero, submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta evolui com dor e edema aos mínimos esforços, neuropraxia do nervo radial com limitação total de extensão do punho esquerdo, limitação de extensão do cotovelo esquerdo de aproximadamente 75 % e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo de aproximadamente 50%. Alta ortopédica.



CID: S-42.3 / G-56.3

Fioriano - PI

19/06/2019



Dr. Edipe Nunes de Almeida
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4375 / TEOT 14175

AME - Assistência Médica Especializada | Rua Felix Pacheco, 1054, Bairro Mangueira, CEP 64800-180, Fioriano - PI
(89) 3521-2849 / 9.9976-3000 TIM 9.9543-0660





NotreDame
Intermédica

RECEITUÁRIO / PRESCRIÇÃO MÉDICA

13353 CC OSASCO (22559)
Especialidade: Avaliação Cirúrgica Ortopédica
Médico: SÉRGIO PINHEIRO DE SOUZA MEIRELLES
No. Atendimento: 7058065 024
Empresa: Sorvete Jundia Indústria E Comércio
Cart. Ant. Prm: 1201629
CLEBER DE SOUSA PAIXÃO-Titular
91005308 00000282 000 0139 c4
Nascimento: 22/08/1977 Sexo: M FX. ET: 36/45
Plano: Max 300 Convenio: Intermédica
Consulta Marcada para 10:00:00 (23/02/2018)
Horário de Confirmação 09:13:01 (23/02/2018)

Relatório

Paciente Fratura diafisária de
Ulna e R. + Neuropatia do
N. Radial. Foi operado no nosso
serviço com placa posterior e explora-
ção do N. Radial. Hoje está em
tratamento com fisioterapia p/ reabilitação

Dr. Sérgio Meirelles
Ortopedia e Traumatologia
Clínica Ortopédica
CRM 140.092-1/SP

Av. Santo Antônio, 1905
Osasco

S42

- MARQUE SEMPRE A HORA PARA SUA CONSULTA
- DESMARQUE SE NÃO PUDEIR COMPARECER

05.012 NOV/15

ANS nº 359017

SAP 2123

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





RECEITUÁRIO / PRESCRIÇÃO MÉDICA

13353 CC OSRSCO (22559)
Especialidade: Avaliação Cirúrgica Ortopédica
Médico: SERGIO PINHEIRO DE SOUZA HEIRELLES
No Atendimento: 7058065-824
Empresa: Sorvete Jundiaí Indústria E Comércio
Cart. Ant.: Prn: 1281629
CLEBER DE SOUSA PRIXRO-Titular
91005308 00000282 000 0139
Nascimento: 22/08/1977 Sexo: M FX: ET: 36/45 C4
Piano: Max 388 Convenio: Intermedic
Consulta Marcada para 10/08/88 (23/02/2018)
Horário de Confirmação 09:13:01 (23/02/2018)

Relatório

Paciente Fratura diafísia de
úmero (E) + Neuropatia do
N. Radial. Foi operado no mesmo
serviço com placa posterior e expla-
nção do N. Radial. Hoje está em
bom estado com fisioterapia p/
reabilitação

Av. Santo Antônio, 1905
1º andar
Osasco
S412

- MARQUE SEMPRE A HORA PARA SUA CONSULTA
- DESMARQUE SE NÃO PUDE COMPARECER

05.012 NOV/15

ANS nº 359017

SAP 2123

05.003 AGO/07

ANS nº 359017

PARA A PERÍCIA MÉDICA O PACIENTE DEVE COMPARECER AO MÉDICO PERITO NO 1ºº
(DECIMO SEXTO) DIA DO AFASTAMENTO, MUNDO DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS PELO
DEPARTAMENTO PESSOAL DA EMPRESA.

IMPORTANTE:

DATA: 25 NOV. 2017 ASSINATURA E CARIMBO ORN DO MÉDICO

Dr. Luiz Antônio Costa Lemos
Médico CRM-SP 185113

CID: 5628 LOCAL DO ATENDIMENTO: Urua - SP

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ACIMA
ESTEVE NESTA UNIDADE DAS AS
DEVENDO O MESMO:
☒ PERMANECER AFASTADO POR 19 dias a partir de 25/11/17
☐ REALIZAR LAUDO MÉDICO PERICIAL

EMPRESA

Ilha de Santa Rita

SRAJ

NotreDame
Intermédica

ATESTADO
MÉDICO

210193356

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

EVOLUÇÃO DE ADMISSÃO - ENFERMEIRO (A)
PRONTO SOCORRO DO PARQUE IMPERIAL

Nome: Uéber de Sousa Pereira Data de Nasc.: 22/08/77 Idade: _____
Nome da Mãe: Raimunda Maria de Sousa Pereira
Prontuário: 33149 Setor: Ortopedia Leito: _____ Data: 25/11/17

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Trauma de moto FT MSE e MTD

ANAMNESE

25/11/17 8:00 Cliente em mau estado
do pele exposta Fratura MSE imobilizado,
MTE imobilizado, Edema em face, CVD
sólido, não se. Dm e HAs, glicose,
hematócrito, coagulante, urina de, BUN, PTs, s,
p: MTD bilateral, Bdom. glândula tireoide, R+H+
diurese, eucorpo, A.C. Nemoco
Trauma de moto tipo pele macia
em frente ao asfalto

EXAMES

SOLICITADOS:

REALIZADOS:



**HOSPITAL E MATERNIDADE RENASCENÇA**

R PEDRO FIORETTI, 480 - CENTRO - OSASCO
OSASCO - SP
Fone : 1136517550

Prontuário: 006736534

Leito: 60402

Data de Admissão: 01/12/2017 Hora: 11:06

Nome: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Idade: 40 anos

Dt Nasc: 22/08/1977 Sexo: M

Nome da Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXA

End.: R PIETRO CLISSA, 70 - BONANCA OSASCO - SP

CEP: 06266190

Convênio: INTERMEDICA/MAX 300

Religião:

RG: 1.763.118

Médico: ANDRE FERRARI DE FRANCA CAMARGO

Fone: 9 6336-5130

Clínica: CIRURGIA ORTOPEDICA - GERAL

Resumo de Alta

Declaramos para os devidos fins que o paciente acima, esteve internado neste hospital no período de:

01/12/2017 A 02/12/2017 7:00:00 AM

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

S42.3 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

TRATAMENTO REALIZADO

EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA = DIAFISÁRIA DE UMERO COM EXPLORAÇÃO DO NERVO RADIAL
(NEUROPRAXIA TRAUMÁTICA) DIA 01/12/17

RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

SUGESTÃO DE TEMPO DE AFASTAMENTO

INFORMAÇÕES DE UTILIDADE PARA O MÉDICO QUE IRÁ CONTINUAR O TRATAMENTO

OSASCO, 01 de Dezembro de 2017

RENATO AKIRA IWASHITA
CRM / 120341-SP

Dr. Renato Akira Iwashita
CNS 980016379128024
CRM 120341 - RJ-1/SP

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Telefone: 0800-111111



23.11.2018

Ofício

Para

PRONTO SOCORRO DO PARQUE IMPERIAL

Cleber de Sousa
Paixão

Nº do Ofício: 311/2018

De
Dr. André Luiz Vianna de
Oliveira -
Superintendente

Assunto: Requerimento de Documento

Ilma, Sr(a). Cleber de Sousa Paixão

Conforme solicitado, encaminhamos (em anexo), cópia do Prontuário Médico.

Atenciosamente,

Barueri/SP, 23 de Novembro de 2018.


Dr. André Luiz Vianna
Superintendente
Pronto Socorro Imperial
Diretrizes

Dr. André Luiz Vianna de Oliveira
Superintendente
Pronto Socorro do Parque Imperial
Instituto Diretrizes



Recebido:

Em 26/11 às 14:30 h 
(Nome completo e função)

Instituto Diretrizes

Tel (11) 4706-1319/4198-8218

Rua José Martinho, 399
Parque Imperial
CEP: 06462-230 - Barueri/SP

www.institutodiretrizes.com.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI**

SECRETARIA DE SAÚDE

PS JOSÉ AGOSTINHO DOS SANTOS

PRONTO ATENDIMENTO - IMPERIAL

RUA JOSÉ MARTINHO, S/N - PARQUE IMPERIAL - 06462230 -
BARUERI/SPEmitido em: 26.11.2018 16:37:01
Emissor: DOUGLAS RIBEIRO DA SILVA

CNES: 2024373

CNPJ: 46.523.015/0001-35

ALTO
25/11
20:30hs

Forma Entrada: MEIOS PRÓPRIOS

Data/Hora: 25/11/2017 05:58:00

Especialidade: CLINICO GERAL

Natureza do Atendimento: NATURAL

Senha Totem: P23

Tipo de Atendimento: URGÊNCIA

Nº Atendimento: 87289

CLASSIF. DE RISCO: 15 - AMARELO

FAA: 33149



Nome: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Nome Social: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

Idade: 41 ANO(S) 3 MES(ES) 3 DIA(S) Prontuário:

CPF:

RG: 1763118

CNS:

Dt.Nasc.: 22/08/1977 Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Endereço: 00000000 - NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO, 00, NÃO INFORMADO, CPL: NÃO INFORMADO - NÃO INFORMADO/SAO PAULO

Nome Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXAO

Nome Pai: MIGUEL DE SOUSA PAIXAO

Tel. Comercial:

Tel. Residencial: (11) 963237200

Tel. Celular:

TOSSE ()SIM ()NÃO, Há 3 semanas ou mais? ()SIM ()NÃO

Data/ Hora	Médico	Especialidade	CID	RECURSO	FAA

AUTORIZO O CORPO CLÍNICO A PRATICAR QUALQUER TRATAMENTO NECESSÁRIO OU PRUDENTE

Responsável: CLEBER DE SOUSA PAIXAO - RG: 1763118 ()

ASS: _____

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

Queixa Principal: paciente direto para emergência

/ História Progressiva: / História Cirúrgica: / Exame Físico: / Conduta:

Alergia: NÃO POSSUI

Dor: _____

P.A: _____ X _____ mm/HG

FR: _____ IRPM

FC: _____ BPM

Temp: _____ °C

Peso: _____ Kg

Alt: _____ cm IMC:

Spo2: _____ %

Glicemia: _____ mg/dL

Medicação em uso:

ENFERMEIRO / DATA E HORA
25/11/2017 06:02 - COREN: 202040 EVA ANGELA ALAMINHO DA
SILVA

Téc.AUX ENFERMAGEM / DATA E HORA

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL/ ANAMNESE / EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS/REALIZADOS

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA

ESP. PROCEDIMENTOS/SUS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PIDEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Data/Hora da Dispensa

Assinatura(s) e Carimbo(s) - CRM

R1300130029

Página: 1 de 1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2020 11:34:15
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011251134148400000012641302>
Número do documento: 2011251134148400000012641302

Num. 13365697 - Pág. 26

PRESCRIÇÃO MÉDICA
PRONTO SOCORRO DO PARQUE IMPERIAL

Nome: Letícia de Jesus Pereira Data de Nasc.: 1/1/1984 Idade: 40
 Prontuário: 2511/11 Leito: 2511/11 Data: 25/11/11 ☐ PSI ☐ PSC ☐ AMB

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
25/11/11	1) <u>Atenção Social</u>	
	2) <u>Atendimento em</u> <u>10/06/15</u>	
	3) <u>Medicinal</u> <u>10/06/15</u>	
	4) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	5) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	6) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	7) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	8) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	9) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	10) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	11) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	12) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	13) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	14) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	15) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	16) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	17) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	18) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	19) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	20) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	21) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	22) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	23) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	24) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	25) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	26) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	27) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	28) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	29) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	
	30) <u>Atendimento</u> <u>12/11/15</u>	

Maximiliano Bussing
Médico
CRM-SP 102.383

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Assinatura e Carimbo do Médico Prescritor

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2020 11:34:15

NOME Cláudio de Souza Paixão

IDADE 40 anos DATA 25/11/17

[illegible]

++= PEQUENA
+++= MÉDIA
++++= GRANDE

COLORAÇÃO / ASPECTO / ASP.	
A = AMARELO	V = VERDE
AC = AMARELO CITRINO	SG = SANGÜINOLENTO
AF = AMARELO ESCURO	PIJ = PURPULENTO

FEZES	
P = PASTOSA	L = LÍQUIDA
SP = SEMI-PASTOSA	ML = MELENA
SL = SEMI-LÍQUIDA	MIC = MECÔNICO

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511341484000000012641302>

Número do documento: 20112511341484000000012641302

Num. 13365697 - Pág. 28

**HOSPITAL E MATERNIDADE RENASCENÇA**

R PEDRO FIORETTI, 480 - CENTRO - OSASCO
OSASCO - SP
Fone : 1136517550

Prontuário: 006736534

Leito: 60402

Data de Admissão: 01/12/2017 Hora: 11:06

Nome: CLEBER DE SOUSA PAIXAO Idade: 40

Dt Nasc: 22/08/1977 Sexo: M

Nome da Mãe: RAIMUNDA MARIA DE SOUSA PAIXA

End.: R PIETRO CLISSA, 70 - BONANCA OSASCO - SP

CEP.: 06266190

Convênio: INTERMEDICA/MAX 300

Religião:

RG: 1.763.118

Fone: 9 6336-5130

Médico: ANDRE FERRARI DE FRANCA CAMARGO

Clínica: CIRURGIA ORTOPEDICA - GERAL

Atestado Médico

SR (a): CLEBER DE SOUSA PAIXAO

EMPRESA: 167566 SORVETE JUNDIA INDUSTRIA E COMERCIO LTDA

PERMANECEU NESTE SERVIÇO DAS : ÀS :

☐ CONSULTAR☐ REALIZAR EXAMES☐ PROCEDIMENTO

(N) OUTROS:

DEVENDO O MESMO:

☐ RETORNAR AO SERVIÇO☒ (X) PERMANECER AFASTADO POR 15 DIAS A PARTIR DE 01/12/2017☐ REALIZAR LAUDO MÉDICO PERICIAL☐

CID:

S42.3-FRATURA DA DIAFISE DO UMERIO

Com a expressa concordância do (a) paciente, registro o CID da sua patologia.

OSASCO, 01 de Dezembro de 2017

RENATO AKIRA IWASHITA

CRM / 120341-SP

Dr. Renato Akira Iwashita
CNS 9800167-7/2024
CRM 120341-SP





SECRETARIA SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DE MANOEL EMÍDIO-PI

RECEITUÁRIO

Nome Uelton de Sousa Paiva Id: _____ Peso: _____

Nº CNS: _____

USO ORAL

① - Antrazol 320 mg - ox 01
- Tomar 01 cp de 24/24 horas
durante os dias



11/05/18

Dr. Pedro Alves Silva Neto
Médico

Primeiro de Maio, Nº 441 - CEP: 64.875.000 - Manoel Emídio - PI

CNPJ: 06.554.125/0002-20



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CLEBER DE SOUSA PAIXAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1763118 SSP/PI

CPF
804.702.383-72

DATA NASCIMENTO
22/08/1977

FILIAÇÃO
MIGUEL DE SOUSA PAIXAO
RAIMUNDA MARIA DE SOUS
A PAIXAO

PROFISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
02958242209

VALIDADE
21/02/2018

VALIDADE
25/07/2003

704394956

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

704394956

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OSASCO, SP

DATA EMISSÃO
21/02/2013

34108685189
SP578358271

DETRAN SP (SAO PAULO)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
31 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.763.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.07.1996

NOME CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

FILIAÇÃO Miguel de Sousa Paixão

Raimunda Maria de Sousa Paixão

M.Emídio-PI DATA DE NASCIMENTO 22.Agosto.1977

NASCIMENTO 22.Agosto.1977

Nº 4.916 liv.108 fls. 31 exp.em Florianópolis-PI 07.10.1977

CPF

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

CARTÃO DE IDENTIDADE

Cleber de Sousa Paixão

SERVIÇO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 11/03/97

CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

Assinatura

Esta documentação é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a autogestão por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome CLEBER DE SOUSA PAIXÃO

Data de Nascimento 22/08/77

Nº de Inscrição 804702383-72

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0304090398-5

DETRAN-SP

Nº 013651771813

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00947015230 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME

CLEBER DE SOUSA PAIXAO

CPF / CNPJ

00080470238372

PLACA

CDI0398

PLACA ANT / UF

CDI0398 SP

CHASSI

9C2KC08508R403435

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.

2007

ANO MOD.

2008

CAP / POT / OIL

2L / 0149CC

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

CINZA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1* *****

2* *****

3* *****

FAIXA LPVA

A 0028080

PARCELAMENTO / COTAS

COD. MUN. 492-3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

DPVAT PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA* MOTOR: KCO8E5B403435

LOCAL

OSASCO

00000

DATA

18/10/2017

Handell Borges de Moura Vieira
Diretor Presidente do Detran SP

EMPREGADOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SP Nº 013651771813 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2017 18/10/2017

VIA

1

CPF / CNPJ

00080470238372

PLACA

CDI0398

RENAVAM

00947015230

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.

2007

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

9C2KC08508R403435

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

81,29

DENATRAN (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IOF (R\$)

0,70

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

185,50

PAGAMENTO

VLS INFORMATIVO, CASO PAGO INTEGRAL

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190425728**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEBER DE SOUSA PAIXAO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DR TIBERIO NUNES, 280 - CENTRO - Manoel Emídio - PI - CEP 64875-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1.763.118**

Data e local do acidente: [**25/11/2017**] **Via pública**

Data e local do exame: [**18/07/2019**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de Úmero Esquerdo com Neuropraxia do Radial.

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

Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuropraxia do radial, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular, atrofia da musculatura do braço esquerdo, e neuropraxia do nervo radial com limitação dos movimentos articulares.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente com fratura de úmero esquerdo com neuropraxia do radial; realizado tratamento cirúrgico; realizado tratamento fisioterápico; evolui com dor e edema local aos esforços, diminuição da força muscular, atrofia da musculatura do braço esquerdo, e neuropraxia do nervo radial com limitação dos movimentos articulares. Alta médica em 19/06/2019.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Deformidade com DANO em ombro e cotovelo esquerdo;

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

DAM da articulação do Cotovelo Esquerdo - Flexão - 0 a 35°. Extensão - 35 a 0°. DAM da articulação do Ombro Esquerdo - Flexão - 0 a 90°. Extensão - 0 a 20°. Adução - 0 a 20°. Abdução - 0 a 90°. Rotação interna - 0 a 45°. Rotação externa - 0 a 45°.



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: CLÉBER DE SOUSA PAIXÃO
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: CONFERENTE
Identidade: 1763118 CPF: 804.702.383-72
Endereço: RUA DOUTOR TIBÉRIO MUNES - 280 MANDELEMIDIO

PROCURADOR:

Nome: Edimar Alves dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 1.585.662 SSP - PI CPF: 748.086.803-00
Endereço: Rua Projetada nº 291 Floriano - PI

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors, e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Manoel Eudis, 17/01/2019
Local e data

Cléber de Sousa Paixão
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço por autenticidade a firma e o selo
Cléber de Sousa Paixão

Manoel Eudis, 17/01/2019
Manoel Eudis
17/01/2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236344/19

Vítima: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

CPF: 804.702.383-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/11/2017

Titular do CPF: CLEBER DE SOUSA PAIXAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

CLEBER DE SOUSA PAIXAO : 804.702.383-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa

