

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Sistema, Audiências, PJE Consulta p, PJE 0827835-2, Baixar o arq, Sistema CN, (34) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=624164&ca=336445dd33d3f38fa0332532ce15ac8743...

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

Header: PJE ProceComCiv 0827835-22.2020.8.18.0140
SILVANA LEMOS DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO...

Search bar: 13847383 - CONTESTAÇÃO (2773303 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/12/2020 15:32:58

Left sidebar: 17 Dec 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13847380 - CONTESTAÇÃO
13847383 - CONTESTAÇÃO (2773303 CONTESTACAO 01)
13847385 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
13847386 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
13847387 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
13847388 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 10
2773303- CS/ 2020-04554/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
Processo: 08278352220208180140
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro"

Taskbar: 15:32, 15:33 17/12/2020



Número: **0827835-22.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **26/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SILVANA LEMOS DA SILVA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13847385	17/12/2020 15:32	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 446.933.973-34 4 - Nome completo da vítima: Silvana Lemos da Silva

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

5 - Nome completo: Silvana Lemos da Silva 6 - CPF: 446.933.973-34
7 - Profissão: Caixa 8 - Endereço: CJ. Parque Piauí 00.86 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Piauí 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

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)
AGÊNCIA: 3606 013 CONTA: 33331 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí, 03.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

1007/2018

**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: 3190615615
Nome do(a) Examinado(a): Silvana Lemos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Quadra Parque Piauí, 08 Qd 86
Parque Piauí Teresina PI CEP: 64025-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1159344
Data local do acidente: [23/12/2016]
Data local do exame: [11/11/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TUBERCULO MAIOR DO UMBRO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM FISIOTERAPIA E GESSO
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO
Data da Alta: 23/01/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVACÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO GRAU 3 , COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO-LIMITADO A 50 GRAUS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVACÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% 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 |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
 CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





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

595 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001591/2017-57

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/04/2017 - 15:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/12/2016 - 09:30

Bairro

CENTRO SUL

Ponto de Referência

EM FRENTE AO BB

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1159344 SSP PI

Mãe: MARIA DE LOURDES LEMOS DE L SILVA

Endereço: QD 86 CASA 08, Nº

Bairro: PARQUE PIAUI

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/BIZ 125 ES. COR PRETA, PLACA OVX-3248-PI, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO FOI ATINGIDA NO GUIDÃO DA MOTO POR UM AUTOMÓVEL HONDA CIVIC, PLACA JIA-8313, QUE SE EVADIU DO LOCAL, QUE, A VÍTIMA CAIU, FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 245683). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Silvana Lemos da Silva
SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 446.933.973-34 4 - Nome completo da vítima: Silvana Lemos da Silva

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

5 - Nome completo: Silvana Lemos da Silva 6 - CPF: 446.933.973-34
7 - Profissão: Caixa 8 - Endereço: CJ. Parque Piauí 00.86 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Piauí 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

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)
AGÊNCIA: 3606 013 CONTA: 33331 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí, 03.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Silvana Lemos da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Keylly Moura de Almeida

tura do Representante Legal (se houver)

1007/2018

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:	18/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA LEMOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000033331-9

Nr. da Autenticação 791376554AB28A6E



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Kelly Leoni de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502-303-90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Silviana Lemos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.933.973-34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Silviana Lemos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.933.973-34, 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: União e Quatro de Julho</u>	Número: <u>554</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994729591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 01.10.19

Kelly Leoni de Oliveira
Assinatura do Declarante



URGÊNCIA



CLÍNICA
SÃO LUCAS

CLÍNICA DE ACIDENTADOS SÃO LUCAS LTDA.

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - FISIOTERAPIA
Médico de Plantão

RUA PAISSANDU, 2420 CEP 64001-120 TERESINA-PIAUÍ
FONES: 3221-6600 / 3221-6601 / 3221-4884 / • FAX: (86) 3221-7031
(86) 3221-7053 (Consultório)

Nome do Paciente:

Walter Roberto Medeiros

ORTOPEDISTAS

**ATENDIMENTO
EM CONSULTÓRIO**

Dr. José Alberto Nunes
Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. Miguel Ângelo

CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isânio Mesquita

PLANTONISTAS:

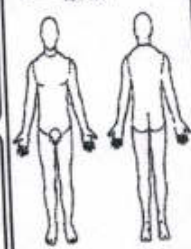
Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. José Carlos
Dr. Bergiel
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Elias Barbosa
Dr. Miguel Ângelo
Dr. Adriel Leão

4/10/11
Dr. Adriel Leão
FONE: 3221-3886 / 3221-14024
CRM: 10.100 e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão
CREPPI

*Atesto para os
devidos fins que
se trata de um
sifto este em acom-
panhamento ambulatorio
por fratura com
do do proximo de
umero proximal da
lo, realizou um
cureta satisfatoria de
fratura aparente rigi-
dez articular. 5422/11256*

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3704	02 Data do chamado 23/12/16	03 PRO (código) 2901	04 Saída do PA 10:10	05 Chegada ao local 10:25
	06 Saída do local 10:11	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Cines de Castro com Frei Serafim	12 Município-UF Tere	Código IBGE		
	11 Bairro Centro Sul				
Dados do Paciente	13 Ponto de referência em frente a BB	14 Nome Silvana Lemos da Silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade 10/10/77	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Víctima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = ☐ ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - Voz 3 - Dor 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX SatO2	25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Calor cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado		
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
Observações Interdisciplinares	Paciente vítima de queda de moto, colisão moto carro, com escoriações mais luxações de cotovelo MSD. Realizado 1º atendimento feito pelas MOHSA 2909 e 2910, realizadas as mobilizações				
	Socorristas Médico Enfermeiro Condutor				

27.11.2011



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Juliano Lima de Sa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 245683



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".





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

ON topedit

Imp: 23/12/2016 10:52:27

(User: JUCILEIA AGUIAR)
(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	SILVANA LEMOS DA SILVA	Prontuário:	245683
Mãe:	MARIA DE LOURDES LEMOS DE LIMA SILVA	Pai:	ANTONIO PEREIRA DA SILVA
End.Resid.:	CONJ. PARQUE PIAUI QD. 86 CASA 08 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	10/10/1971	Idade:	45a:2m:13d
Responsável:	LUCILEIDE	Sexo:	Feminino
Profissão:	OPERADORA DE CAIXA	Fone:	86- 8817-9661
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	700706446221280
End.Local.:	- - -	Documento:	RG: 1159344 - SSPI
		E.Civil:	Desq./Divorciado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	587400	Data:	23/12/2016 10:45:29	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA TORACOABDOMINAL	Dor pleurítica	CIRURGIA GERAL	Amarelo
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, ESTAVA EM MOTOCICLETA, A OIH. CONSCIENTE, ORIENTADA. RELATA DOR TORACOABDOMINAL A D, E EM MSD. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.	JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 23/12/2016 10:52:21		

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: __:__)

Acidente de trânsito com queda de motocicleta, vítima de trauma toracoabdominal e dor pleurítica. Paciente consciente, orientada, nega alergias medicamentosas. Exame físico: PA 140/90 mmHg, FC 100 bpm, Temp. 36,5°C. Diagnóstico inicial: Trauma toracoabdominal.

PA 140/90 mmHg

Pulso: 100 bpm

Temp.: 36,5°C

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

→ Solicitar exames de imagem (TAC torax e abdome) e exames de laboratório (hemograma, coagulograma, perfil lipídico, perfil hepático, perfil renal, perfil de eletrólitos, perfil de vitaminas e minerais).

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 1/1/2017

HORA: 10:00

Se Internado, indique o Procedimento e CID

Procedimento: R01.01.01

CID: V299

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 23/12/2016 10:52:39

(JUCILEIA AGUIAR)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SILVANA LEMOS DA SILVA		Prontuário: 245683
Mãe: MARIA DE LOURDES LEMOS DE LIMA SILVA	Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA	
End.Resid.: CONJ. PARQUE PIAUI QD. 86 CASA 08 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 10/10/1971	Idade: 45a:2m:13d	Sexo: Feminino Fone: 86- 8817-9661
Responsável: LUCILEIDE	CNS: 700706446221280	
Profissão: OPERADORA DE CAIXA	Documento: RG: 1159344 - SSPI	
G. Instrução: Médico Completo	E.Civil: Desq./Divorciado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 587400	Data: 23/12/2016 10:45:29	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/12/16 12:55	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exame Dorso/braço / estorno direito Ja sem sinais de lesão apuradas na investigação Sem outras queixas musculares no membro. Cd: lesão de Ortopedia	
Carimbo/Assinatura Solicitante: Roceldo Nascimento Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3531/CRM-MA 8487	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Saara Barros Nascimento CRM-PI: 5882/CRM-MA: 8242	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : :	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exame	
Carimbo/Assinatura Solicitante: Saara Barros Nascimento CRM-PI: 5882/CRM-MA: 8242	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Saara Barros Nascimento	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:32:58

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715325817400000013096103

Número do documento: 20121715325817400000013096103

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **SILVANA LEMOS DA SILVA** (Prontuário: 245683)
Endereço: CONJ. PARQUE PIAUI QD. 86 CASA 08 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/10/1971 Idade: 45a.2m:13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 587400
Requisição: 706362 Solicitação: 23/12/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 880977 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 23/12/2016

US DE ABDOMEN TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/12/2016

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Clínica de Acidentados "São Lucas" Ltda.

C. G. C.: nº 06.852.636/0001-48 RUA PAISSANDU 2420/CENTRO CEP 64001-120 – TERESINA/PI
TEL.: DIRETORIA (fax) 3221-7031/SECRETARIA – 3221-7031/CONSUTÓRIO – 3221-7053
TEL.: GERAL – 3221-6601/3221-6600/ E-mail: clinicasaolucas@ibest.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos que a Sra. SILVANA LEMOS DA SILVA, vítima de acidente de moto foi atendida, nesta Clínica pelo convênio PARTICULAR no dia 27 de Dezembro de 2016, sob a responsabilidade e cuidados profissionais do médico Dr. Adriel Leão, tendo sido realizado tratamento de fratura do TUBERCULO MAIOR, CID: S42.2.

Teresina, 31 de Março de 2017.

Clínica de Acidentados São Lucas



Maria Fátima L. Guterres
Secretária



Clínica de Acidentados "São Lucas" LTDA.

Rua Paissandu, 2420 - CEP. 64.001 - 120 • Teresina-Piauí

Fones Geral:(86) 3221-6600 e 3221-6601

Consultórios: 3221-7053

Secretaria: 3221-7031 • Diretoria: Fone/Fax: 3221-4884

Ortopedia - Traumatologia

CLÍNICA SÃO LUCAS
Cd.atend: 251828 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 27/12/2016 08:34 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEAO
Proced: URGENCIA
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro: PO. PIAUI TERESINA 64000000 PI
Fone.: 08698817-966 CDS.: 10

Sexo: _____

Profissão: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Data: ____/____/____

H. D. A: _____

Acidente com um objeto
causando ombro ar
fratura tuberculo menor
co. fozia

Dr. Adriel Leão
CRM/PI 3888 TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

CLÍNICA SÃO LUCAS
Cd.atend: 252314 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 10/01/2017 10:42 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEAO
Proced: EXTERNO
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro: PO. PIAUI TERESINA 64000000 PI
Fone.: 08698817-966 CDS.: 10

Cd.
Da
Co
Pr
En
Ba
Fon

Seguimento de
fx consolidação
de fx tuberculo
menor

Clínica de Acidentados "São Lucas" LTDA.

Rua Paissandu, 2420 - CEP. 64.001 - 120 • Teresina-Piauí

Fones Geral:(86) 3221-6600 e 3221-6601

Consultórios: 3221-7053

Secretaria: 3221-7031 • Diretoria: Fone/Fax: 3221-4884

Ortopedia - Traumatologia

CLÍNICA SÃO LUCAS
Cd.atend: 251828 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 27/12/2016 08:34 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEAO
Proced: URGENCIA
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro: PO. PIAUI TERESINA 64000000 PI
Fone.: 08698817-966 CDS.: 10

Sexo: _____

Profissão: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Data: ____/____/____

H. D. A: _____

Acidente com um objeto
causando ombro ar
fratura tuberculo menor
co. fozia

Dr. Adriel Leão
CRM/PI 3888 TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

CLÍNICA SÃO LUCAS
Cd.atend: 252314 SILVANA LEMOS DA SILVA
Data: 10/01/2017 10:42 Nasc.: 10/10/1971 45a
Conv: PARTICULAR Médico: ADRIEL LEAO
Proced: EXTERNO
Enderec: Q. 36 CASA 8
Bairro: PO. PIAUI TERESINA 64000000 PI
Fone.: 08698817-966 CDS.: 10

Cd.
Da
Co
Pr
En
Ba
Fon

Seguimento de
fx consolidação
de fx tuberculo
menor



Clínica de Acidentados "São Lucas" Ltda.

C. G. C.: nº 06.852.636/0001-48 RUA PAISSANDU 2420/CENTRO CEP 64001-120 - TERESINA/PI
TEL.: DIRETORIA (fix) 3221-7031/SECRETARIA - 3221-7031/CONSULTÓRIO - 3221-7053
TEL.: GERAL - 3221-6601/3221-6600/ E-mail: clinicasaolucas@ibest.com.br

PACIENTE: SILVANA LEMOS DA SILVA

MEDICO: DR. ADRIEL LEÃO

RAIO X: OMBRO

CONCLUSÃO: Sinais de fratura tubérculo maior úmero.

Teresina, 27 de Dezembro de 2016.


Dr. Manoel Antonio Gomes
RADIOLOGISTA
CRM 105



Data: 09/04/2018
Nome do Paciente: **SILVANA LEMOS DA SILVA**
Médico Solicitante: **HUGO JOSE SALES**
Exame: **RM OMBRO DIREITO**



Código
213484

TÉCNICA:

-Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2, algumas com saturação do sinal de gordura.

RELATÓRIO:

- Aumento do sinal intrassubstancial e espessamento do tendão do supraespinal, caracterizando tendinopatia, sem roturas.
- Edema laminar na bolsa subacromial-subdeltóidea, inferindo bursite.
- Estruturas ósseas com morfologia e sinal de RM preservados.
- Superfícies condrais regulares.
- Acrômio do tipo III de Bigliani, sem inclinações laterais anômalas.
- Bom alinhamento das estruturas ósseas que compõem as articulações glenoumeral e acromioclavicular.
- Tendões do infraespinal, subescapular e redondo menor com espessura e intensidade de sinal preservados.
- Tendão da cabeça longa do biceps com espessura, morfologia e trajeto no sulco intertubercular normais.
- Lábio glenoidal íntegro.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Ventres musculares tróficos e planos gordurosos sem alterações.

CONCLUSÃO:

- **Tendinopatia do supraespinal, sem roturas.**
- **Sinais de bursite subacromial-subdeltóidea.**


CAIO CESAR DANTAS COSME
CRM: 5059

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 99445-6682
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 99435-8029
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / ☎ 98849-6588
Teresina-Piauí



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO**

Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICOPaciente: **SILVANA LEMOS DA SILVA** (Prontuário: 59257)

Endereço: QD 86 CS 08, - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: -

Nascimento: 10/10/1971 Idade: 45a:6m:27d Sexo: Feminino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0

Requisição: 71255 Solicitação: 04/04/2017 Solicitante: DENISE

Controle: 82513 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040116

Data Exame: 04/04/2017

OMOPLATA OU OMBRO - DIREITO (2 INCID.)

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

(TICIANA VIEIRA)

TERESINA - PI 06/04/2017

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA REGO

CRM -3678

Profissional Responsável





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

595 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001591/2017-57

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/04/2017 - 15:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/12/2016 - 09:30

Bairro

CENTRO SUL

Ponto de Referência

EM FRENTE AO BB

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1159344 SSP PI

Mãe: MARIA DE LOURDES LEMOS DE L SILVA

Endereço: QD 86 CASA 08, Nº

Bairro: PARQUE PIAUI

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/BIZ 125 ES. COR PRETA, PLACA OVX-3248-PI, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO FOI ATINGIDA NO GUIDÃO DA MOTO POR UM AUTOMÓVEL HONDA CIVIC, PLACA JIA-8313, QUE SE EVADIU DO LOCAL, QUE, A VÍTIMA CAIU, FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 245683). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Silvana Lemos da Silva
SILVANA LEMOS DA SILVA (45 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1090952684

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

NOME
SILVANA LEMOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1159344 SSP PI

CPF
446.933.973-34

DATA NASCIMENTO
10/10/1971

FILIAÇÃO
ANTONIO PEREIRA DA
SILVA
MARIA DE LOURDES
LEMOS DE L SILVA

PERMISSÃO
[X] A/B

ACC
[X] A/B

CAT. HAB.
A/B

Nº REGISTRO
05108419808

VALIDADE
25/06/2020

1ª HABILITACAO
22/12/2010

OBSERVAÇÕES
A

Silvana Lemos da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSAO
29/06/2015

40841243027
PI315809530

ARILDO MARTINS DO REGO LORÃO
DELEGADO DO DETRAN - PI

DETRAN - PI (PIAUÍ)

1090952684

VALIDAÇÃO PLASTIFICADA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI N° 010337286547
0120130162706 00155040352
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO
1532559a8848940d605d830e8157f5067669a084813

VIA 1 559386346
CDS / N° VAM
RNTC

NOME/ENDEREÇO
SILVANA LEMOS DA SILVA
QD 86 CS 08 00000
PARQUE PIAUI PI
44693397334 PLACA
OVX-3248

VEICULO ANTERIOR
SOL NASCENTE MOTOS LTDA
PLACA ANT/UF CHASSI
9C2JC4820DR528290

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTONETA /NENHUMA ALCO/GASOL
MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/BYZ 125 ES 2013 2013

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
02P/0124CC PARTIC PRETA

OBSERVAÇÕES
PBT: 001.03
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
ALIENACAO FIDUCIARIA CAL SEGURO
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL DATA
TERESINA 15/08/2013
JOSE ANTONIO VASCONCELOS



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Silvana Lemos da Silva
RG: 115.9344 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 446.933.973-34 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: solteira Profissão: laixa
Endereço: Cd. Parque Piauí Ad 86 Nº 08
Bairro: Parque Piauí Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

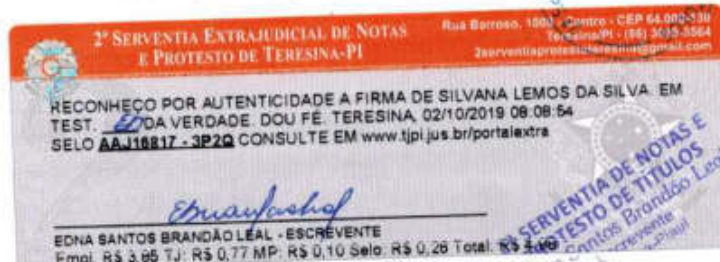
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Silvana Lemos da Silva
CPF: 446.933.973-34 Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina-Piauí 08.10.19
Local e data

Silvana Lemos da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344340/19

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

CPF: 446.933.973-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA LEMOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

SILVANA LEMOS DA SILVA : 446.933.973-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDAS
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615615

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do acidente: 23/12/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TUBERCULO MAIOR DO UMEROS DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO-LIMITADO A 50 GRAUS.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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





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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567095

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

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,

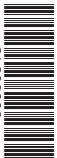
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14852132

Pag. 01889/01890 - carta_01 - INVALIDEZ

00030945





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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615615

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

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 15054762





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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615615

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00835/00836 - carta_02 - INVALIDEZ

00070418



Carta nº 1506684





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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615615

Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **SILVANA LEMOS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000033331-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01583/01584 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190615615 Vítima: SILVANA LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA LEMOS DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01337/01338 - carta_09 - INVALIDEZ

00070669



Carta nº 15159669

