

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000010027527-3

Nr. da Autenticação 11A40489960C9749

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170167302 **Cidade:** Novo Oriente do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/03/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito

Descrição do exame Paciente apresenta discreta atrofia em região de pé direito, com déficit discreto de força e dor aos moderados
médico pericial: esforços. Deficit de mobilidade do quinto pododáctilo direito em cerca de 20%.

Resultados terapêuticos: Paciente vítima de acidente motociclístico, submetido à tratamento conservador, com alta hospitalar dia 26/02/2016.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º pododáctilo direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/05/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do 5º pododáctilo devido à limitação leve da mobilidade.
Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Médico examinador: Luanna Moura Moreira

CRM do médico: 4718

UF do CRM do médico: PI

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2017

Carta n°: 11020685

A/C: MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3170167302 ASL-0113471/17
Vitima: MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO
Data Acidente: 04/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000002761-8

Conta: 000010027527-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
-----------------------------------------------	-----	---------------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO** Sinistro: **3170167302** Data: **04/03/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA 07, 80 - GIL MARQUES - Novo Oriente do Piauí - PI - CEP 64530-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2008055864-4**

Data local do exame: [**12/05/2017**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura da falange distal do quinto pododáctilo direito. Paciente apresenta discreta atrofia em região de pé direito, com déficit discreto de força e dor aos moderados esforços. Deficit de mobilidade do quinto pododáctilo direito em cerca de 20%.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente vítima de acidente motociclístico, submetido à tratamento conservador, com alta hospitalar dia 26/02/2016. Atualmente apresenta discreta atrofia em região de pé direito, com déficit discreto de força e dor aos moderados esforços. Deficit de mobilidade do quinto pododáctilo direito em cerca de 20%.

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

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

Discreta atrofia em região de pé direito, com déficit discreto de força e dor aos moderados esforços. Deficit de mobilidade do quinto pododáctilo direito em cerca de 20%.

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

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

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

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Quinto pododáctilo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

() Total = "100% da IS"

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO DA CUNHA NOGUEIRA

RG nº 228021, data de expedição 05/06/16,

Órgão SSP-PJ, portador do CPF nº 098.991.112-68, com domicílio na cidade de Novo Oriente, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE BOM TEMPO, nº SN,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO cujo o condutor era MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: SUNDOWN/WEB 100

Ano: 2008

Placa: NIB-6422

Chassi: 94J1XFBJ88M078888

Data do Acidente: 04/03/16

Local e Data: NOVO ORIENTE PI

X Francisco da Cunha Nogueira

Assinatura do Declarante

MariLuze Ferreira do Nascimento

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

22 MAR 2017

CARTÓRIO ÚNICO SOCORRO SOBREIRA

Novo Oriente do Piauí-PI - Comarca de Valença do Piauí-PI

Reconheço por autenticidade a(s) Firma (s) de

Francisco da Cunha Nogueira e MariLuze Ferreira do Nascimento

Dou fé.

Novo Oriente do Piauí-PI.

11/03/2016 Francisco Expedito Ribeiro Sobreira
ESCREVENTE AUTORIZADO





H|R
E|P SUS ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
VALença DO PIAUÍ-PI
REQUINTARIO

NOME: Henrique Ferreira dos
Vasconcelos
NASCIMENTO: 04/06/1980

EM TEMPO: 08/03/16
Faciente refere dor no pé
direito referente
após acidente de
trânsito (SIC).

Lesão X pé ①: Fratura
completa do terço proximal
da fíbula proximal do 5º dedo.

Samuel G. Donizetti Araes
Médico
CRM-PI 4710

08.03.16

VACINE SEU FILHO AGORA, PARA NÃO SE ARREPENDER DEPOIS.

22 MAR 2017



FICHA DO PACIENTE

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Manilucia ferreira do Nascimento

DATA DE NASCIMENTO: 14. 01. 48 SEXO F

NUMERO DO CARTÃO SUS: 898 0032 6486-1411

NOME DA MÃE: Sebastiana ferreira do Nascimento

NOME DO PAI: João Pedro do Nascimento

ENDEREÇO: Av. Santo amaro

MUNICÍPIO: NOVO - Oriente Piauí PROFISSÃO: 668 Rural

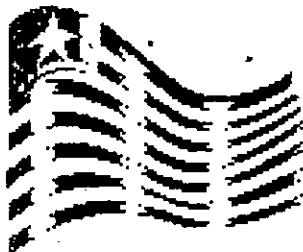
2. HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL (HDA)

3. HISTÓRICO PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP)

4. HISTÓRIA FAMILIAR (HF)

22 MAR 2017

5. HISTÓRIA SOCIAL (HS)



DOCUMENTO 1 *T1%



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL - DGPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O.: SN**Delegado:** Maycon Jesus Silva Braga**Resp. pelo Registro:** GILBERTO LOPES DA SILVA**DATA:** 22/06/2016 **HORÁRIO:** 14:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: DELEGACIA DE POLICIA DE VALENÇA-PI**Horário do fato:** DATA 04/03/216 **Local:** CIDADE DE NOVO ORIENTE
CIDADE PARA O BAIRRO GIL MARQUES **Município:** NOVO ORIENTE -PI**Bairro:** DO CENTRO DA**Ponto de Referência:** EM

FRENTE A SECRETARIA DE SAUDE

NATUREZA DO FATO

LESÃO CORPORAL A CIDENTE NO TRANSITO

DADOS DO INFORMANTE

Nome: MARILUCE PEREIRA DO NASCIMENTO **Nacionalidade:** BRASILEIRO **Naturalidade:**
PARAMBU CEARA **Profissão:** TRABALHADORA RURAL **Data de Nascimento:** 14/01/1987 **Endereço:**
RUA PROJETADA Nº 80 6 BAIRRO GIL MARQUE NOVO ORIENTE -PI **Filiação:** JAO PEREIRA DO
NASCIMENTO E SEBASTIANA FERREIRA DO NASCIMENTO **Fone:** (R.G: 2008055864 CE I **CPF:**
877.595.603-97

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO**Autor(es):**

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

22 MAR 2017

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. do(s) veículo(s): MOTOCICLETA SUNDOWN 100ANO 2008 PLACA NIB 6422 CHASSI
94JIXEBJ88M078888 RENAVAM 128619350 COR AZUL EM NOME DE FRANCISCO DA CUNHA NOGUEIRA

NARRATIVA DO FATO

A VITIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUÍ PÁRA REGISTRAR O CORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA HS ACIMA MENCIONADO SAIA DE SUA RESIDENCIA PARA ENCONTRAR SEU MARIDO PARA ENTRGAR UMA RECEITA PARA COMPRA OS SUS REEDIO NA VOLTA EM FRENTE A SECRETARIA DE SAUDE DE NOVO ORIENTE NO CRUZAMENTO APARECEU OUTRA MOTOCICLETA E BATEU NA VITIMA E FOI EMBORA SEM SOCORRER A PROPRIA VITIMA CONCEGUIU CHEGA AO HOSPITAL DE NOVO ORIENTE A ONDE TEVE OS PRIMEIROS ATENDIMENTO E TEVE SUAS LESÕES CONFORME CONSTA NO LAUDO MEDICI DO SUS OBS: QUALQUER INFORMAÇÃO QUE NÃO SEJA VERDADEIRA FICA POR CONTA DA NOTICIANTE MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO ERA O QUE TINHA A INFORMAR.


GILBERTO LOPES DA SILVA
Agente de Polícia Civil

+ mariluce Ferreira do
MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO nro c
Responsável pela informação 