

# 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 médico pericial:** 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%.

**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 pododactilo 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 nº: 11020685

A/C: MARILUCE FERREIRA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3170167302 ASL-0113471/17  
Vítima: 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](http://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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):  
**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

Região Corporal (Sequela):

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO DA CUNHA NOGUEIRARG nº 738021, data de expedição 05/06/16Órgão SSP-PJ, portador do CPF nº 098.921.112-68, comdomicílio na cidade de NOVO ORIENTE, no Estado dePIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)LOCALIDADE BOM TEMPO, nº 5N,complemento ASA, 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 FERRERA DO NASCIMENTO cujo o condutor eraMARILUCE FERRERA DO NASCIMENTOVeículo: MOTOCICLETAModelo: SUNDOWN/WEB 100Ano: 2008Placa: NIB-6422Chassi: 94J1XFB788M078858Data do Acidente: 04/03/16Local e Data: NOVO ORIENTE PI

Francisco da Cunha Nogueira  
Assinatura do Declarante

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

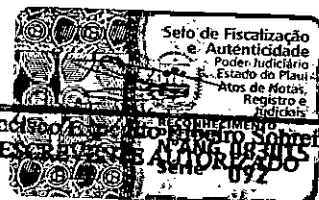
22 MAR 2017

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 Mariluce Ferreira do NascimentoFrancisco da Cunha Nogueira e Mariluce Ferreira do NascimentoNovo Oriente do Piauí-PI. Francisco Expedito Ribeiro Sobreira Dou fé.

11/03/2016 Francisco Expedito Ribeiro Sobreira  
ESCREVENTE AUTORIZADO





**H/R** **SUS** ESTADO DO PIAUÍ  
**E/P** HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA  
VALENÇA DO PIAUÍ-PI  
RECEITUÁRIO

NOME: Ubirajara Ferreira do  
Ubirajara  
HAUDE MÉDICO

EM TEMPO: 08/03/16

Paciente refere dor que se  
direito após acidente de  
trânsito (SIC).

Raio X PRD: Fratura  
completa do terço proximal  
da falange proximal do 5º dedo!

Samuel C. Dantas Araoz  
Médico  
CRM-PI 4710

08.03.16

VACINE SEU FILHO AGORA, PARA NÃO SE ARREPENDER DEPOIS.

22 MAR 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI  
**Hospital Municipal de Pequeno Porte – HPPNOPI**  
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro - CEP: 64.530-000 - Novo Oriente do Piauí-PI  
Fone: TP:(89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

## FICHA DO PACIENTE

### 1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Manilucia Ferreira do Nascimento  
DATA DE NASCIMENTO: 14. 01. 78 SEXO F  
NUMERO DO CARTÃO SUS: 898 0032 64864411  
NOME DA MÃE: Sebastiana Ferreira do Nascimento  
NOME DO PAI: João Pedro do Nascimento  
ENDEREÇO: Av. Santa Amora  
MUNICÍPIO: Novo - Oriente Piauí PROFISSÃO: Trabalho Rural

### 2. HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL (HDA)

---

---

---

---

### 3. HISTÓRICO PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP)

---

---

---

---

---

---

### 4. HISTÓRIA FAMILIAR (HF)

---

---

---

---

---

### 5. HISTÓRIA SOCIAL (HS)

---

---

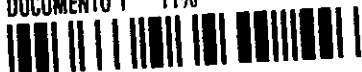
---

---

22 MAR 2017



DOCUMENTO 1 \*T1%\*



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)**

Número do B.O.: SN

Resp. pelo Registro: GILBERTO LOPES DA SILVA

Delegado: Maycon Jesus Silva Braga

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

Bairro: DO CENTRO DA

CIDADE PARA O BAIRRO GIL MARQUES

Município: NOVO ORIENTE -PI

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 94JIXEJB188M078888 RENAVAL 128619350 COR AZUL EM NOME DE FRANCISCO DA CUNHA NOGUEIRA

**NARRATIVA DO FATO**

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE VALENÇA DO PIAUI PARA 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 NASCIMENTO  
Responsável pela informação

marilu Ferreira do  
nasci  
mento