

# 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: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000088881-7

---

Nr. da Autenticação F471A016AFEB74B3

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190311648 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICA  
-FRATURA NA ALTA CONVEXIDADE FRONTAL ESQUERDA  
-HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO  
-FRATURA COM AFUNDAMENTO NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL PARASSAGITAL ESQUERDA  
-HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FRONTAL ESQUERDA  
FRATURA FRAGMENTADA DO OLECRANO ESQUERDO  
FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM COTOVELO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO E POR ULTIMO DOR EM MÃO E EM 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA PREENSÃO DE OBJETOS, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO 5º DEDO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190311648  
Nome do(a) Examinado(a): Glaucio Pedro Calland Feitosa  
Endereço do(a) Examinado(a): Quadra 15, 25  
Jacinta Andrade Teresina PI CEP: 64013-468  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 2132413  
Data local do acidente: [ 02/11/2017 ]  
Data local do exame: [ 21/05/2019 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICA**  
**-FRATURA NA ALTA CONVEDADE FRONTAL ESQUERDA**  
**-HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO**  
**-FRATURA COM AFUNDAMENTO NA ALTA CONVEDADE PARIETAL PARASSAGITAL ESQUERDA**  
**-HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FRONTAL ESQUERDA**  
**FRATURA FRAGMENTADA DO OLECRANO ESQUERDO**  
**FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO**

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

**Tratamento: -OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO COM FIO METÁLICO**  
**-FIXAÇÃO METÁLICA NO OLECRANO ESQUERDO**  
**-TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE**  
**Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OLECRANO E POLIDACTILO ESQUERDO**  
**SEM DANO NEUROLÓGICO DIAGNOSTICADO NO DIA DA PERÍCIA.**  
**Data da Alta: 02/12/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM COTOVELO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO E POR ÚLTIMO DOR EM MÃO E EM 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA PRENSÃO DE OBJETOS, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO 5º DEDO ESQUERDO.**

- IV. Nexa de casualidade: 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:

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO ESQUERDO COM DOR EM COTOVELO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM LIMITAÇÃO MODERADA NA FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO.**  
**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM DOR EM MÃO E EM 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA PRENSÃO DE OBJETOS, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO 5º DEDO 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 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)

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

Região Corporal (Sequela):

**COTOVELO - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio (X) 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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 962.064.033-00 Nome completo da vítima: Gláucio Pedro Calland Feitosa

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

Nome completo: Gláucio Pedro Calland Feitosa CPF: 962.064.033-00  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: Lara

Profissão: Recuso Endereço: Ed-15 CS-25 Estado: PA CEP: 64013-418

Bairro: Jacinta Andrade Cidade: Teresina Tel. (DDD): (86) 9567-9939

E-mail: \_\_\_\_\_

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

**DADOS CADASTRAIS**  
RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 88881 7  
(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.

## 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

**TESTEMUNHAS**  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Page: 1 Document Name: untitled

IU44  
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informacoes Unificadas  
Consulta Conta

08/01/2019  
13:27:09

N.CAIXA: 106.858.179  
CPF : 962.064.033-00  
Dt.Nasc: 29/06/1980

GLAUCIO P C FEITOSA  
Pessoa : Fisica  
Caixa :

PAG: 01 / 01

Conta : 2004-013-00088881/7 - POUPANCA DA CAIXA  
Abert : 13/03/2018

Selezione \_ Elementos Associados \_

Extrato/Saldo/Aplicacao  
Titulares  
Marcas  
Contra Ordem  
Saldos Metios

Final de Amostragem.

F01=AJUDA F03=RETCRMA F04=MENU F07=VOLTA F08=AVANCA F12=FINALIZA

Ultima Posicao: 04/01/2019

CT 05 149





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



392 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001569/2019-79

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 26/04/2019 - 15:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA JULIANO MOREIRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/11/2017 - 19:45

Bairro

CABRAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

RG: 2132413

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALLAND

Endereço: QUADRA 15, CASA 25, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA ORIENTANDO UM VEICULO (ELE FLANELINHA), ESTANDO O MESMO NO ACOSTAMENTO, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE FOI DESVIAR DE UM VEICULO E ATROPELOU A VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO 427356, FATO TESTEMUNHADO POR NAILSON BARBOSA DA COSTA, CPF 058.391.693-74, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
AGENTE DE POLÍCIA

GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 07/05/2019



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

NEURO

c. geral

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA			Prontuário:	427356
Mãe:	SALETTE MARIA BORGES CALAND			Pai:	JOSE LUIZ FEITOSA BORGES DE MORAIS
End. Resid.:	QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODICI - TERESINA PI - CEP: 64000-010			Sexo:	Masculino
Nascimento:	29/06/1980	Idade:	37a:5m:4d	Fone:	86-98867-1011
Responsável:	O MESMO	CNS:	040000-000000	Documento:	RG: 413 - JMI
Profissão:	GRAFICO	E. Civil:	Solteiro		
G. Instrução:	Não informado				
End. Local.:					

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	634412	Data:	02/11/2017 20:56:27	Condução:	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO			Convenio:	S U S
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundario:	Y009

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
AGRESSÃO	Hemorragia menor incontrolável	QUIRURGIA	Amarelo
Breve História:	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE, APRESENTANDO: LACERACÃO, HEMORRAGIA, VÔMITO, EPILEPSIA, AGITADO, REFRECE CEFALIA.		
	RAIO-X REALIZADO		
	DATA: 02/11/2017		
	Técnico: Manoel		
	Profissional Clas. Risco:		
	MARCIAL DA SILVA		
	MPEI - 307108		
	Em: 02/11/2017 21:04:57		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

Paciente afirma ter sofrido acidente por atropelamento em região fronte parietal, refere ingestão de bebida alcoólica. ECG: IS, AC: BNF RR, LT AP: MV diminuição em ambos hemitórax. Abdomen macio e palpável. Apresenta ferimento em ambos MMII.

R ZENON ROCH.

GRAFIA COMPUTADORIZADA:

DATA:	02.11.17	Pulso:		FC:	
				Técnico:	Manoel

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito Rx Cebra  
SFO, 9% - 500 ml, EV, Agona

neurológico

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: :

303040091

506.8

Procedimento:

CID

Assinatura:

Médico