

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: 00000088881-7

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 Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190311648
Nome do(a) Examinado(a): Glauco 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 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

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

Tratamento: **-OSTEOSSÍTESE DA FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO COM FIO METÁLICO**
-FIXAÇÃO METALICA NO OLECRANO ESQUERDO
-TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE
Complicações: **LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OLECRANO E POLIDACTILO ESQUERDO**
SEM DANO NEUROLOGICO DIAGNOSTICADO NO DIA DA PERICIA.

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 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.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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 PREENSÃO 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
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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

Frederico Fonseca de Oliveira
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CRM/PI - 5058
SaudeSEG
Sistemas de Saúde Ltda

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:

Glaucio Pedro Calland Ferreira

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

Nome completo:

Glaucio Pedro Calland Ferreira

CPF: 962.064.033-00

Profissão:

Pedreiro

Endereço:

CD-15 CS-25

Número:

Complemento:

Bairro:

Jacinta Andrade

Cidade: Teresina

Estado:

PI

CEP:

64013-468

E-mail:

Glaucio.Pedro.Calland.Ferreira@gmail.com

Tel.(DDD): (86) 9567-5959

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 88881

+

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

105129

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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.

DOCUMENTOS
VALIDAÇÕES
RECEBIDO EM: 07/05/2019

MORTE

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: Vivos: Falecidos: 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.

Local e Data, 07/05/2019
Nome: Glaucio Pedro Calland Ferreira
CPF: 962.064.033-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Glaucio Pedro Calland Ferreira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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 GLAUCIO P C FEITOSA
CPF: 962.064.033-00 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 29/06/1980 Caixa :

PAG: 01 / 01

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

Seleccione Elementos Associados

- Extrato/Saldo/Aplicacao
- Titulares
- Marcas
- Contra Ordem
- Saldos Medios

Ultima Posicao: 04/01/2019

JUDA CORTE DE SUGESTAO
data: 04/01/2019

Final de Amostragem.

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



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: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

Tipo Local

VIA PÚBLICA

02/11/2017 - 19:45

Município

TERESINA

Bairro

Endereço

RUA JULIANO MOREIRA, Nº:

CABRAL

Complemento

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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

Glauco Pedro Calland Feitosa
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 3129 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO

C. Geral

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Name: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA	Pai: JOSE LITO FEITOSA DE MORAIS	Prontuário: 427356
Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALAND	End. Resid.: QUADRA 15, CASA 25, JACINTA ANDRADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA	ET - TEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1980	Idade: 37a:5m:4d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO		Fone: 86-98867-1011
Profissão: GRAFICO		CNS: 04000-008-000
G. Instrução: Não informado		Documento: FG: 0413 - CNH
End. Local.: - - -		E.Civil: Solteiro

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 634412	Data: 02/11/2017 20:56:27	Condução:
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO		Convênio: SUS
Vid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: Y009

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: AGRESSÃO	Evento Principal: Hemorragia menor incontrolável	Destino: SURGIAC. 0814	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE, APRESENTANDO: :			Professional Clas. Risco:
		RADIO-X REALIZADO	
		DATA 02/11/2017	
		Técnico: Mauro	
			DR. CARVALHO DA SILVA
			VREFI - 307108
			DATA: 07/11/2017 21:04:57

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente afirma ter sofrido acidente por atropelamento em sua fronte esquerda, sebeus, ingestos de bebida alcoólica. ECG: 15. AC: BNF RR, CT AP: MV diminuição em ambos hemitórax. Abdome mole e palmas. Apresenta levemente em ambos MMJ.

R ZENON ROCHA

GRAFIA COMPUTACIONALIZADA

E: Oran / 09.35h

02.11.17

09.35h

PC: _____

Placenta: _____

TECNÓLOGO: _____

RADIO-X REALIZADO

DATA 03/11/2017

Técnico: Mauro

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito Rx Crânio

SFO, 9% - 500ml, EV, Agora

RCV/EEG RX

MOTIVO DA ADMISSÃO/ENCERRAMENTO:

303040092

506.8

DATA: / / .

HORA: : .

Procedimento

CID