

Consulta processos - Processo J... 0800625-93.2020.8.18.0140 - Pr... 0800234-86.2019.8.18.0104 - Pr... 0800595-58.2020.8.18.0140 - Pr... Mensagens

ProOrd 0800234-86.2019.8.18.0104
ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

8183602 - CONTESTAÇÃO (2691190 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 05/02/2020 11:51:50

05 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8183600 - CONTESTAÇÃO
 - 8183602 - CONTESTAÇÃO (2691190 CONTESTACAO 01)
 - 8183607 - Documentos (2691190 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8183614 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8183616 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTOS)
 - 8183620 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

23 Jan 2020

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS

- 8002409 - Citação

15 Oct 2019

downloadBinario.seam 1 / 10

2691190 - CJ/2020-00364/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MONSENHOR GIL/PI

Processo: 08002348620198180104

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao

PT 11:51 05/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MONSENHOR GIL/PI

Processo: 08002348620198180104

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/09/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/12/2017**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 15/12/2017 após 3 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 01/09/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/09/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00405-7

CONTA: 000000590543-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2401201805000000000023700405000000590543168750 PAGO

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MONSENHOR GIL, 30 de janeiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MONSENHOR GIL**, nos autos do Processo nº 08002348620198180104.

Rio de Janeiro, 30 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



CTCE FORTALEZA CE PL8
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 R 7 DE SETEMBRO 244 CS
 CENTRO
 64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008



IMPORTANTE PARA ADRIANA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluída o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nonodigit.

SERVIÇOS	VALOR
MENSALIDADES	R\$ 109,90
MENSALIDADES ADICIONAIS	R\$ 8,80
ITENS EVENTUAIS	R\$ 0,00
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 11,25
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,37
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,82
COSRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,13

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos
Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/SMP)
 4 GB de Internet
 Minutos locais e DDD com 41
 TIM Music (incluso)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
		1	30	07/09 a 06/10	75,20
4GB	2,02GB	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
Pacote	183m24s	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
		1	30	07/09 a 06/10	9,90

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA ONLINE TIM

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br. Central de Atendimento: 1056

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

IMPÓSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PORTE	R\$ DDI
ICMS	75%	R\$ 94,72	R\$ 71,04	7 UNIDADES	R\$ 0,24
INSC. CONTRIB. - Serviços Telecom	3,65%				
INSC. CONTRIB. - Serviços Não Telecom	0,25%				
INSC. CONTRIB. - Serviços Não Telecom	4,45%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
 As contribuições de ICMS (75%) e FUNTAXI (0,5%) não são repassadas de tarifas

**PJ CORRETORA
 DE SEGUROS**

02 JAN 2018

DPVAT



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 Adriana Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF 849.394.433, 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Almir Jonson Barreiras Braga inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.739.093, 57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Almir Jonson Barreiras Braga inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.739.093, 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

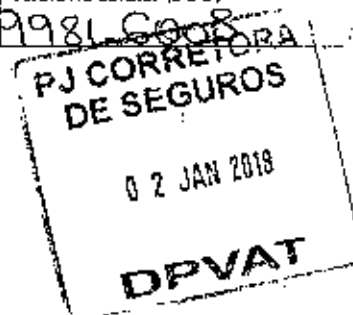
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Getúlio de Setembr</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Elestão Veloso</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325-000</u>
Email <u>carladrianasara@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 9443-5001</u>	Telefone celular (DDD) <u>9981-6008</u>

Elestão Veloso, Pi. 16 de Dezembro de 2017
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do proprietário



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELAN DE OLIVEIRA BEZERRA

RG nº 823161, data de expedição 20/01/2005

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 28743849334, com

domicílio na cidade de MIGUEL LEÃO, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Gamaleira, nº 511

complemento centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA cujo o condutor era

ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 160 BROS CSDD

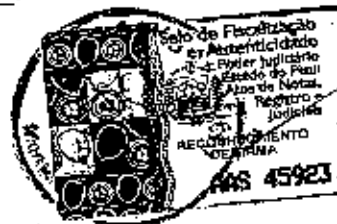
Ano: 2016/2016

Placa: PIQ-5524

Chassi: 9C2KDO8L0GR468884

Data do Acidente: 01.09.2017

Local e Data: Montenhor Gil, PI 30.10.17



reconheço a firma, por autenticidade

Elan de Oliveira Bezerra
Almir Jonson Barradas Braga

Em testemunho, eu dou fé
Montenhor Gil (PI) 30 de 10 de 2017

Mariucia Barradas e Carvalho
Escritor Substituto

Assinatura do Declarante

Almir Jonson Barradas Braga

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA		Imp: 01/09/2017 18:17	
Mãe: ANTONIA LUCIA BRAJJO BARRADAS BRAGA		Prontuário: 947	
Pai: OSMIR JONSON BRAGA		User: TERCIO DANTAS	
End. Residência: QD 05 CASA 05 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP:		Instituto: UPA-SALADESUSSO	
Nascimento: 19/03/1996	Idade: 21a:6m:14d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99244-6338
Responsável: O MESMO	CMS: 20057529300009		
Profissão:	Documento: RG: 3788749 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 197289	Entrada: 01/09/2017 17:19:35	Convenio: S.U.S
Motivo de Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	Crânio e Face	Sangramento compressível	Amarelo
Breve História Clínc. Risco: Refere acidente de motocicleta, com perda de consciência, colisão cabeça no chão, nega síncope. Não se lembra.			

KARLA DANIELLE GOMES DE SOUSA E
COREN/PI 276984

Em: 01/09/2017 17:28:02

Ass. Profissional Clas. Risco:

SSVV:

(Hora:)

Peso: 50,00 kg	Altura: 1,60 m	IMC: 19,60 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg
----------------	----------------	------------------	--------------	-----------------

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMIZADO POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA
APRESENTA LAC
CD: ENCAMINHADO PARA CIRURGIA

Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação acromioclavicular

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECUPERAÇÃO

DATA: / /

HORA: : :

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

CID:
S431

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM PI 3044

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3044 Em: 01/09/2017 18:17:08



NOME DO PACIENTE:

Almir Jansen Bezerra
138361 Amaz

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

Alm

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".

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Bedencão - Fone: 66 3229 4872

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

1504 11/06/2017 22:45:15

NAME: PABLO POHAR

Instance: $a(291)$

BOLETIM DE ENTRADA - BE


DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA		Prontuário: 138961	
Mãe: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA		Pai: OSMIR JONSON BRAGA	
End.Resid.: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI - CEP: 64445-000			
Nascimento: 18/03/1996	Idade: 21a:6m:14d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99595 3061
Responsável: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA		CNS: 200575029300009	
Profissão: ESTUDANTE		Documento:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 623124	Data: 01/09/2017 22:35:05	Condução: IMPLANTADO - PLACETA - PISTA CÍRCULO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA IMOTOC		Convênio: \$ U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
PROBLEMAS EM EXTREIMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
<u>Breve História:</u> PACIENTE COM QUEIXA DE DOR E LIMITAÇÃO EM OMBRO DIREITO POR TRAUMATISMO EM "ACIDENTE DE TRÂNSITO" AS 13h. AOS 15. TEVE TCE LEVE.		Profissional Clas. Risco:  MARCO ANTONIO VEROES ROCHA CPREN 279043 Em: 01/02/2017 22:49:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

LAC gran V ombro ②

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____ bpm	FC: _____ bpm	Temp.: _____ °C
-----------------------	------------------	---------------	-----------------

Diagnosis Initial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Intervención al fto arroyo

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA: : 0408010185 **DRY**
593

Dr. Frederico Araújo Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
11-3333-3746 - TEOP 12489
Especialista Profissional Médico

Assinatura Paciente ou Responsável: _____

**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

Data: 01/09/2017 22:50:36

MARCOS ROCHA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA		Prontuário: 138961
Mãe: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA		Pai: OSMIR JONSON BRAGA
End. Resid.: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI - CEP: 64445-000		
Nascimento: 18/03/1996	Idade: 21a:6m:14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99395-5061
Responsável: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA		CNS: 20057512338808
Profissão: ESTUDANTE		Documento:
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 623124	Data: 01/09/2017 22:35:05	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

PJ CORRETORA DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

Carimbo/Assinatura Solicitante

Wanderson Almeida
Médico
SUS - HUT
Contato com Clínica

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Alvin Jorgeson</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	END. ou APC	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
DATA: 01/07/17 HORA: 17h	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
<p>1 - Dieta geral</p> <p>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Diphena-01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p>					
<p>Dr. Frederico Alvaro Leite Ortopedia e Traumatologia Cirurgia da Coluna Vertebral CRM-19.2748/REC-12488</p>					

PJ CORRETORA DE SEGUROS
02 JAN 2018
DPVAT
Município de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria Regional

MÉDICO/CRM:

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/02/12

NOME DO PACIENTE: <u>Alcineia Tavares Bonade</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>138961</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Leucoplasia bucal - displásica</u>	CIRURGIA: <u>Exatomação da lesão</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Raphael Bona</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Raphael Bona</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Danielle</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	400	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	40	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		30	03				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		20	02	CIRCULANTE: <u>12197</u>			
PROLENE							

Handwritten signature and stamp:

Handwritten: *[Signature]*

Stamp: *[Circular stamp with text: "Handwritten: 12197", "Data: 04/02/12", "Assinatura: [Signature]", "Assinatura: [Signature]"]*



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Alvaro Joao Bonfada Braga

Diagnóstico pré-operatório

Lesão de articulação - claviculoclavicular @

Operação - Tipo

Reconstrução de lesão de articulação - claviculoclavicular @

Cirurgião

Dr. Raphael Bonã

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

04/02/17

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Lesão de articulação - claviculoclavicular @

Relatório Imediato do Patologista

///

Acidente Durante a Operação

Sem intercorrências

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em decúbito dorsal, pele anestesiada com
pomada de cálcio de 5% / Anestesia com máscara,
Realizada artroscopia acromioclavicular @ e acesso por
plano / Visualização de artroscopia acromioclavicular @ /
Reforço com fio de artroscopia acromioclavicular @ /
Reforço de artroscopia acromioclavicular @ com fio de Kirschner /
Futura por plano / Curativo oculto com esmalte @
Típica Americana com amido @

Dr. Raphael Bonã

CRM: 10.111/10.111
TÉCNICO EM ANATOMIA PATOLÓGICA

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: Therese Jansen Baudino Bruch				Nº DE REGISTRO		
DATA: 04/9/17	P. ARTERIAL: 110/60	PULSO: 70	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-LITO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	Cº					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
INDICADO POR: Dr. Alexandre Garcia O. Neto Anestesiologista CRP RJ 011.092-91, L249-R 580						
PARTICULARIDADES						

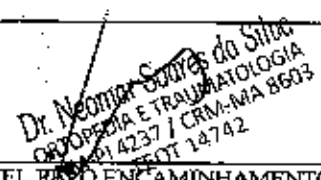
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 8351708	Nº DA REGULAÇÃO: 913
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA	NASCIMENTO: 18/03/1996

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: REFERE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NÃO USAVA CAPACETE, COLIDIU CABEÇA NO CHÃO, NEGA SÍNCOPE. DOR EM OMBRO D. APRESENTA LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. ENCAMINHADO PARA CIRURGIA.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA:	01/09/2017 20:05:07
 Dr. Neomar Soares da Silva ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-MA 8603 / RCP 14742 MÉDICO RESPONSÁVEL Pelo ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	


Wanderley
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-MA 8603 / RCP 14742
Carimbo Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1870 Redenção - Fone: 86 3229 48/2

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA** (Prontuário: 138961)
Endereço: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI CEP: 64445-000
Nascimento: 18/03/1996 Idade: 21a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197385
Requisição: 771832 Solicitação: 04/09/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 958657 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 008

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 04/09/2017

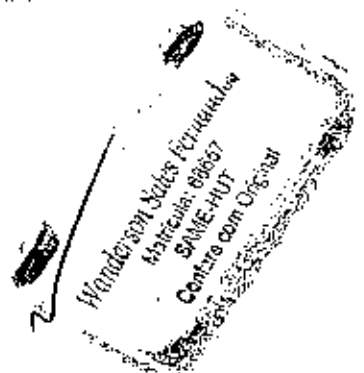
OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Controle de artrodese acrômio-clavicular com presença de fios metálicos.
- Redução mantida.
- Aumento de volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2017



CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1828 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA** (Prontuário: 138961)
Endereço: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI CEP: 64445-000
Nascimento: 18/03/1996 Idade: 21a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197385
Requisição: 771832 Solicitação: 04/09/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 958657 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 008

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 04/09/2017

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Controle de artrodese acrômio-clavicular com presença de fios metálicos.
- Redução mantida.
- Aumento de volume das partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ALMIR Jonson Barradas Braga

CARTeira DE IDENTIDADE

ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.768.749 DATA DE EMISSÃO 13/07/12

NOME ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

FILIAÇÃO ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA

NATURALIDADE AGUA BRANCA-PI DATA DE NASCIMENTO 18/03/1996

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 3118 L 12-A F 144

EXP MIGUEL LEÃO-PI

TERREIRA - PI

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
075.739.093-57

Nome
ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

Nascimento
18/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
2BDC.9D65.738F.97E3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:19:50 do dia 21/10/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



PI CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

Adriana Carla de Sousa Silva
1357344

REPRODUÇÃO DO TÍTULO
CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.651.371 DATA DE EXPIRAÇÃO 11/04/17

NOME ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

FILIAÇÃO MARIA CARMELITA DE SOUSA
JOSÉ MISSIAS DA SILVA

NATURALIDADE REGENERAÇÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 30/07/1977

DOC. DIVOLTA CERT. NASC. 19381, L. A38 F. 178

EXP. ELESBÃO VELOSO-PI 22/05/90

849.394.433-53

1357344

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 62.260/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013029455121
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD. RENAVAM: 01094071070 R.N.T.R.C.: 2017

NOME: ELON DE OLIVEIRA BEZERRA

CNPJ: 28743849334 PLACA: PTO-5525

PLACA ANT. UF: CHASSI: 9C2KD0810GR468884

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA NENHUMA COMBUSTIVEL: ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO: HONDA/NXR160-BROS-ESDD ANO FAB.: 2016 ANO MOD.: 2016

CAP./POT./CIL: 02P/0162CC CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º IPVA

FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOP (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 13/07/2017

OBSERVAÇÕES: A/FED. ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. EON DA

LOCAL: TERESINA DATA: 13/07/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013029455121 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 13/07/2017

VIA: 1 CDD. RENAVAM: 01094071070 R.N.T.R.C.: 2017

MARCA/MODELO: HONDA/NXR160-BROS-ESDD

ANO FAB.: 2016 CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: VERMELHA

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 000,00 DENATRAN (R\$): 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 000,00 IOP (R\$): 000,00 TOTAL A SER PAGO (R\$): 185,50

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 13/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.609/0001-04

JUT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
02 JAN 2018
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): **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA** Sinistro: **3180016145** Data: **01/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOCALIDADE CENTRO, SN - RURAL - Miguel Leão - PI - CEP 64445-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3768749**

Data local do exame: [**22/01/2018**] **Teresina** [**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)
LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITO. VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, (ADM EM 60º) ELEVÇÃO (ADM EM 50º) E ADUÇÃO (ADM EM 20º) DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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.

SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

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):

OMBRO 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

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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016145 **Cidade:** Miguel Leão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA **Data do acidente:** 01/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular a direita submetida a tratamento cirúrgico com presença de fios metálicos

Resultados terapêuticos: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

Sequelas permanentes: Debilidade permanente funcional de ombro direito

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano moderado funcional de ombro direito

Documentos complementares:

Observações: Indenizado com base em documentação médica.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016145 **Cidade:** Miguel Leão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA **Data do acidente:** 01/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO (ADM EM 90°), ELEVAÇÃO (ADM EM 90°) E ADUÇÃO (ADM EM 20°) DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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
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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL SOLTEIRO PROFISSÃO LAVRADOR CI RGN. N° 3768749 CPF/ MF
N° 075739093-57 RESIDENTE E DOMILIADO (a) A
RUA RDV CENTRO S/N Zona Rural
CIDADE DE MIGUEL LEAO - PIAUI
ESTADO PIAUÍ CEP 6444500

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUZA SILVA SOB CPF N° 849.904.433-53 E RG SOB
N° 1.651.971 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO N°244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE BLEZAO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susap.

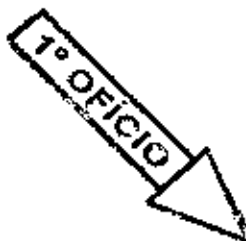
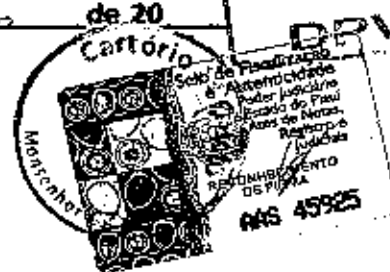
OBS.: É da responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Moments 91 30 de setembro de 20

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

PRVAT



Almir Jonson Barradas Braga

OUTORGANTE

testemunho a firma, por autenticidade
Almir Jonson Braga

Em testemunho Just dou f
tensonher Gil (PI) 30 de 10 de 2017
Mariucia Barradas e Carvalho
Escrivente Substituta

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

Nº Sinistro: **3180016145**

Vitima: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

Data do Acidente: **01/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180016145**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12209662



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

Sinistro: **3180016145**
Vítima: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**
Data do Acidente: **01/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180016145** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12294628

A/C: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

Nº Sinistro: 3180016145
Vítima: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA
Data do Acidente: 01/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000405-7**

Conta: **00000590543-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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
---	-----	----------

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



Autorização de pagamento



Administradora do Seguro DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
INFORMAÇÕES CADASTRALIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

075.739.093-57

Nome completo da vítima

Alma Jonson Barnadas Braga

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alma Jonson Barnadas Braga		CPF titular da conta 075.739.093-57	Profissão Lavrador
Endereço Ruralidade Centro		Número 517	Complemento Zona Rural
Bairro Zona Rural	Cidade Miguel Leão	Estado Piauí	CEP 64.455-000
Email Recusou-se		Telefone (DDD) (86)9402-2764	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0405 D/V 7 CONTA NRO. 0590543 D/V 5
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Miguel Leão 23 de novembro de 2017

Local e Data

Alma Jonson Barnadas Braga

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 CORRETORES DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Almir Jansen Barnadas Braga, portador da carteira de identidade nº 3.768.749 e inscrito no CPF/ME sob o nº 035.739.093-57, residente e domiciliado na localidade Centro SIN zona rural cidade Miguel Leão Estado Piauí, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

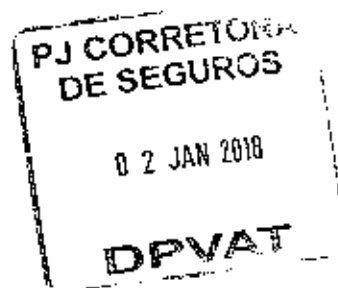
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Almir Jansen Barnadas Braga

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Miguel Leão Pi 23.11.2017

Local e data





17.577.205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III CEP 64.082-110
Teresina - PI

Comprovação de ato declara



ATS Dte

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

S43.1

Da Unidade <u>UPA</u>	Para Unidade <u>HUT/HAM</u>
Paciente <u>Almir Jansen Braga</u>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p><u>paciente com queda de rosto</u> <u>e apresentando LAC (V).</u></p>	
HD. <u>LAC (V)</u>	Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3222
Data <u>07/09/17</u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para Unidade <u>PJ CORRETORA DE SEGUROS</u>
DIAGNÓSTICO	
<p><u>0-2 JAN 2018</u></p> <p>DPVAT</p> <p>Wanderley dos Santos Santos Diretor Geral SANTA LUZIA Teresina - PI</p>	
Data	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/01/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00405-7

CONTA: 000000590543-5

Nr. Autenticação

BRABESCO2401201805000000000023700405000000590543168750 PAGO

[illegible]

N° de Nota Fiscal 000024745

A Partida 3.ª do Edital de Concurso Público – 1.251.001, anexo ao Edital nº 101 de 2012, de 26 de maio de 2012.

SETEMBRO/2017

11/09/2017

170

84.43

OSNIR JONSON BRAGA
LC CENTRO S/N B-RURAL
CPF: 00065341333349
CEP: 64.445-000 - MIGUEL LEAO

ROT: 83,406,03,03,006140

[illegible]**Comprovante de residencia**

_____ **U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE**

Classe/Conteúdo	Ligação	Processo/Modelo	Nota	Código Ref.	Modelo 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A696771		1.4.1.1	126

TARIFA DE PORTO		TARIFA DE PORTO	
AGO/17	150	CONSULADO	30 A R\$ 0,212990 = 6,38
JUL/17	162		70 A R\$ 0,385120 = 25,55
JUN/17	149		70 A R\$ 0,547693 = 38,33
MAL/17	139	DIFERENCA DE TARIFA	35,20
ABR/17	142	SUBVENCAO BAIXA RENDA	26,50
MAR/17	165	MULTA POR ATRASO (2X)	2,44
FEV/17	144	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	3,03
JAN/17	113	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,07
DEZ/16	57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,28
NOV/16	77		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30	- 0,102990		
31 A 70	- 0,385120		
71 A 100	- 0,547693		

WASHINGTON FROM ROMANIAN CONSUL GENERAL IN WASHINGTON

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
08/2017	66,62	Unidade considerou a falta a pagamento de fornecimento de energia elétrica a partir de 16 de 10/17, e a partir das contas de energia elétrica, efetuando o pagamento de energia elétrica, com a finalidade de não comprometer o valor. Informamos ainda a seguir, a quantidade de energia elétrica a ser realizada no valor de R\$ 66,62 (seis e 62 mil reais). Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.

RESERVADO AO FISCAL FC03, AD36, BE03, 0118, 47AE, 0685, 5A3A, 4FA2

BOMESTOADA CONTABILIZADA		BOMESTOADA CONTABILIZADA	
Despesa	28,79	Despesa de C.A.	185,46
Emprego	35,32	Aquisição de M.O.	20,00%
Despesa com	4,26	Valor do M.O.	21,08
Despesa	10,98	Valor do P.O.	0,89
Valor	26,11	Valor do C.O.M.O.	4,13

■ **မိုးဝါးငယ်တို့မှ လေ့လာရသော မဂ္ဂါနီနီယမ်**

6,87	13,74	27,48	3,92	7,85	15,70	3,97
0,00			0,00			0,00

- SAO PEDRO DO PIAU.

07/2017

25.4

ROT: 83.406.03.03.006140

၇၄၃ နှစ်ခန့်

TOTAL A PAGAR = RS

Eletrobras
Distribuição Piauí

0539877-0

84.43

[illegible]

MESFATIMAO

VENCI MENTO

09/2017

11/09/201

How to Use This

00024345 ECAM

925200000000 5 014700000000 0 000000000000

i

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

02 JAN 2018

DPVAT