

Screenshot of a computer desktop showing a web browser window displaying a legal document. The browser has multiple tabs open, including 'Consulta processo...', '0801729-45.2018.8...', '0801727-75.2018.8...', 'Email - Reinaldo F...', 'Controle de docum...', 'Baixar o arquivo...', 'Habilitação nos au...', and others. The main content area shows a document titled 'JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...' with the number '8378994 - CONTESTAÇÃO (2694978 CONTESTACAO 01)'. The document is dated '14 Feb 2020' and includes a sidebar with a tree view of attachments. A right-click context menu is open over the document content, with options like 'downloadBinario.seam', '1 / 9', 'JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS', 'EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI', 'Processo: 08017294520188180026', and 'SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao'. The status bar at the bottom shows icons for Windows, network, battery, and date/time (14/02/2020).



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI**

**Processo:** 08017294520188180026

**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 **JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**, 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 **28/01/2018**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 02/02/2018.**

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### DO MÉRITO

#### 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, CPC<sup>3</sup>.

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.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>"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)

## DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), 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, foi apurada a seguinte lesão:

| PARECER DE ANÁLISE MÉDICA   |   |  |           |                       |
|---|---|--|-----------|-----------------------|
|    |   |  |           |                       |
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>  |   |  |           |                       |
| Número: 3180182573<br>Vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO  | Cidade: Campo Maior<br>Data do acidente: 28/01/2018 | Natureza: Invalidez Permanente<br>Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A |           |                       |
| <b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>  |   |  |           |                       |
| Data da análise: 21/05/2018<br>Valoração do IML: 0<br>Perícia médica: Não<br>Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO<br>Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA<br>Sequelas permanentes: DEFICIT DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA<br>Sequelas: Com sequela<br>Conduta mantida:<br>Quantificação das sequelas: DEFICIT RESIDUAL DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA<br>Documentos complementares:<br>Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DE 14/05/2018 |   |  |           |                       |
| <b>DANOS</b>  |   |  |           |                       |
| 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 funcional completa de uma das mãos  | 70 %  | Em grau residual - 10 %  | 7%        | R\$ 945,00            |
|   |   | Total  | 7 %       | R\$ 945,00            |
| <b>PRESTADOR</b>  |   |  |           |                       |
| Líder- Serviços AMD   |   |  |           |                       |
| Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS<br>CRM do médico: 52.34195-7<br>UF do CRM do médico: RJ<br>Assinatura do médico:  |   |  |           |                       |
|    |   |  |           |                       |

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 desconstituir a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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 ressalvar 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 28/01/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:

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: 23/05/2018  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO  
  
BANCO: 104  
AGÊNCIA: 00616  
CONTA: 000000100160-5

---

Nr. da Autenticação D772C438A45A8E62

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 parciais<sup>4</sup>.

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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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\$ 945,00 (NOVECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

<sup>4</sup>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 HOUVE 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.

<sup>5</sup>**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.”

## **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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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.

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 da 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 horários 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 Excelênciia 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:

---

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)  
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- 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,

CAMPO MAIOR, 11 de fevereiro 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.

## 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; **JOSELAINA 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 nº 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 nº 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 **JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**, em curso perante a 2ª VARA CÍVEL da comarca de **CAMPO MAIOR**, nos autos do Processo nº 08017294520188180026.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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, JOSÉ AUGUSTO ALVES PEREIRA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 226524003163, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio(a) do Beneficiário JOSÉ DE ACACIO ALVES FORTADO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723100, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ DE ACACIO ALVES FORTADO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723100, 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<br><u>BENJAMIN CONSTANTE</u> |   | Número<br><u>622</u>                          | Complemento<br><u>CASA</u> |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>               | Cidade<br><u>CAMPOMAIOR</u>                     | Estado<br><u>PI</u>                           | CEP<br><u>66280-000</u>    |
| Email<br><u>jaguex@bol.com.br</u>     | Telefone comercial (DDD)<br><u>86 999618951</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>86 999618951</u> |                            |

**ORIGINAL**

Recife/PE/01.09 de fevereiro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

**SEGURADORA  
LÍDER  
DE SEGUROS**

23 AGR 2018

**DPVAT**

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VÍCULO

Raimundo Novato de CARVALHO

Portador do RG: 654.174, data da expedição: 11/05/2005

Orgão expedidor: SSP, PI, CPF: 341.638.913-15

Com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR, no estado de PI

Endereço da C.R. RES. RENASCE - I, BAIRRO SÃO LUIZ

Número: Ad.1/C-21, complemento: CASA

Declaro sob as penas da lei que o veículo abaixo mencionado é (é) de minha propriedade na

data do incidente ocorrido com a vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO.

Este declarante é: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

VEÍCULO: MOTOCICLETA

ANO: 2013 / 2014

MODELO: YAMAHA - YBR 125 - FACTOR - E

PLACAS: P1C - 7865

CLASSE: 9C6KG1930E0005740

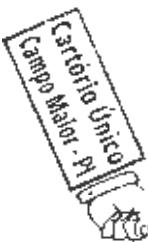
DATA DA ACCIDENTE: 28/01/2018

Campo Maior 09.02.2018  
Local e Data

DE 09/02/2018

23 AGO 2018

LEGEMAT  
ORIGINAL



Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE DA VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE DA VERDADEIRA



CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR - PI  
Av. José Paulino, 504 - Centro - Campo Maior - PI - CEP: 64200-000  
Fone: (86) 3262-1760 - E-mail: cartoriounicocampomaior@gmail.com  
João Batista Nunes de Souza - Titular Interventor

00004400 PER AUTENTICIDADE A DATA DE 09/02/2018  
Raimundo Novato de CARVALHO, RG: 654.174, EXP: 11/05/2005  
VALOR: R\$ 100,00 (Centro) - 09/02/2018, Prazo: 120 dias, Total: R\$ 100,00  
Salvo, CDS Total: R\$ 4,70 Salvo, 2008 (Finalizado)

MARIA THEREZINHA ALMEIDA ARAUJO DE OLIVEIRA ESTREVENTE ALT





**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento: P0156966

Registro: 66615

Data: 09/01/2018

Hora: 15:06:00

F. - Adriana

Tipo: CONSULTA

S. - 7

Sexo: MASCULINO

**SUS****JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**

sc.: 06/10/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Telefone: (86) 9958-24977 Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-000

Endereço: R. DOUTOR MOURA, 641 - Bairro: CENTRO

Cidade: **CAMPOMAIOR/PI**

CEP: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Clínica: **CLINICA MEDICA** Documento: 6460 - FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - O MESMO 2169361

**Procedimentos**

8/01/2018 15:06 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco  Azul - Não Urgente**Motivo do atendimento:** QUEDA DE MOTO**QUEIXA/HISTÓRIA**

QUEDA DE MOTO COM LESAO NO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**OBSERVAÇÃO**

NENHUMA OUTRAS PATOLOGIAS

**SINAIS VITais**

PA: 70/110 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 bpm

PC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NENHUMA

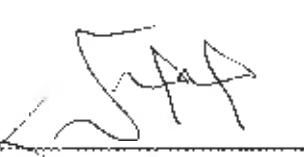
23/01/2018

**MEDICAÇÃO USUAL**

NAO FEZ USO DE MEDICAMENTOS

**CONDUTA**

AO CLINICO


  
 Francisco Alexandre de Carvalho Ibiapina  
 Enfermeiro

2169361 - FRANCISCO ALEXANDRO DE

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO



|             |            |
|-------------|------------|
| Atendimento | 09140      |
| Data:       | 29/01/2018 |
| Hora:       | 10:49      |

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO, 1026  
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIH  
RCASSIA

## BOLETIM DE ADMISSÃO

66615 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

OYLS

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 08/10/1964 - 53 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CC06- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC06 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

CPF: RG: 08546916 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: DR MOURA, N° 841 - CEP: 64280-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: RAMMUNDO GOMES RABELO Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Responsavel: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

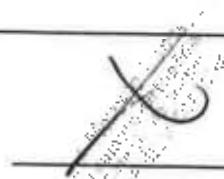
### História Clínica

Fam para c/ d/ l/ d/

h/ s/ f/ r/ e/ d/ l/

Sint m/ s/

Diagnóstico Provável

  
CAROLINA COELHO MELLO



## Resumo de Alta / Transferência

I09140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data: 29/01/2018 Leito: CC0601

## RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

os boraas tem q b fnta  
pelo denti espeh  
1- D72  
so pos no mao b  
FO OF  
Operacion  
Marcas d/dorsal

Dr. Cesar Barros Rabelo  
CRM 1222-PI  
MÉDICO  
CPF: 210.060.643-34

Diagnóstico principal:

Fnta bdo denti e

Diagnósticos Secundários:

## Condições de Alta / Transferência

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Destino:  Residência  Atendimento domiciliar  Transferência para:

Observação:

Dr. Cesar Barros Rabelo  
CRM 1222-PI  
MÉDICO  
CPF: 210.060.643-34

Dr. Cesar Barros Rabelo  
CRM 1222-PI  
MÉDICO  
CPF: 210.060.643-34

Data: 06/02/2018

Médico

CRM/Carimbo

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00      Sexo: M      Idade: 54 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CLINICA MEDICA      Leito: CC0403

06/02/2018

| 15:01 | SEGUO NO 1º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, E 1º DPO DE OSTEOSÍTESE DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO E COOPERATIVO, FÍSICO, EUPNÉICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, HIGIENIZADO, HIDRATADO, COM ACESSO PERIFÉRICO EM MÍDIA PÉRIO E SEM SINAIS FLÓGISTICOS, ACEITANDO DIETA OFFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. CURATIVO OCCLUSIVO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, MEMBRO IMOBILIZADO COM TALA GESSADA, AVALIADO PELO PRESCRITOR QUE DEU ALTA HOSPITALAR COM RECEITA MÉDICA. PRESTADAS ORIENTAÇÕES QUANTO À REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIÁRIO, INICIANDO AMANHÃ, E QUANTO AO RETORNO. | KALILA | KALILA<br>Assinatura |
|-------|--|--------|----------------------|
|       |  |        |                      |



**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DO ESTADO

**HRDN**

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

**Secretaria Estadual de Saúde  
Hospital Regional de Campo Maior  
Av. do Contorno S/N - Bairro São**

**Fone:** (86) 3252-1372 • **Fax:** (86) 3252-4546  
**CEP:** 84.280-000 • **Campo Maior - PI**  
**CNPJ:** 06.5553.564/0006-42

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M Idade: 53 ANOS,3 MESES,21 DIAS

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

### Evolução

34/02/2018

|  |        |   |
|--|--------|---|
| CLIENTE NO 7ºDIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, HIGIENIZADO, ACEITANDO A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REFERE ALGIA EM LOCAL DA FRATURA, AGUARDA PARECER DO CARDIOLOGISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO. | CAMILA | Camila<br>Enfermeira<br>COREN - PI Nº 501.609 |
|--|--------|---|

### Assinatura

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 53 ANOS,3 MESES,21 DIAS

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA Leito: C00403

### Evolução

03/02/2018

12.  CLIENTE NO 6º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITANDO A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FÍSIOLOGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REFERE ALGIA EM LOCAL DA FRATURA, AGUARDA PAREcer DO CARDIOLOGISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO.

### Enfermeiro(a)

### Assinatura

|   |
|---|
|  |
|---|



CONTORNO, 250  
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
Tel.: (86) 3252-4546

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

### 109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 54 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CLINICA MEDICA

Leito: CC0403

12/01/2018

PACIENTE SÉGUO NO 4º DIH PDR FRATURA DE RADÍO DISTALE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEDRIL, NORMOTENSO, HIGIENIZADO, LIBERADO DIETA PREScrita, SONO F REPUSO PREServado, FLUMINAÇÕES Fisiológicas PRESENTES NORMAIS. REFERE ALGUM EM MEMBRO TRAUMATIZADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO E PARACER CARDIOLOGICO.

14.....

Maria Elizabete  
Silva  
Assinatura

ASSINATURA

PROFISSIONAL

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Maria Elizabete<br>Silva | MAICELA MARIA CHAVES<br>SILVA |
|                          | Matr. 445.371<br>COREN-PI     |



CONTORNO, 250  
SAO LUIZ - CAMPÔ MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
Tel.: (86) 3252-4546

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

### 109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 54 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CLINICA MEDICA

Leito: CCO403

17/01/2018

PACIENTE SGEU NO 3º DH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, NORMOCORDADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADO. ACEITA DIETA DRAIL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NORMAIS. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, REALIZADO CURATIVO. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. AGURADA AValiação DO ORTOPEDISTA E PAREcer DO CARDIOLOGISTA.

### PROFISSIONAL

### ASSINATURA

  
Christiane Assis de Araújo

CRISTIANE ASSIS DE  
ARAÚJO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

### Evolução

31/01/2018

| Enfermeiro(a)   | Assinatura |
|---|------------|
| 10:20:00 NO 2º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VÓ OFERTADA. DURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, REALIZADO CURATIVO. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. SOLICITADO PELO PRESCRITOR RX DO TORAX E PARECER DO CARDIOLOGISTA. | ALEXANDRA  |
| 10:21:00 EVOLUÇÃO DAS 10:20 SEM EFEITO  | ALEXANDRA  |

| Enfermeiro(a)  | Assinatura |
|--|------------|
| 10:30:00 NO 2º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VÓ OFERTADA. DURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. SOLICITADO PELO PRESCRITOR RX DO TORAX E PARECER DO CARDIOLOGISTA. | ALEXANDRA  |
|  |            |



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 53 ANOS,3 MESES,21 DIAS

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA

Leito: CC0405

Evolução

10/01/2018

1º) CLIENTE SEGUE NO 2ºDI/H POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA, AGUARDA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA, EM REPOUSO

NO LEITO, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, EUPNEICO, NORMOCORRADO, AFEBRIL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, BEM COMO NO MSE, PROX A TALA GESSADA, FEITO CURATIVO COM AGE.

fee 24/8-14-2-3

Assinatura



**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

**HR/cm**

**Secretaria Estadual de Saúde  
Hospital Regional de Campo Maior  
AV. do Contorno S/N - Bairro São Luís**

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### 109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 53 ANOS,3 MESES.21 DIAS

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA Lito: CC0601

#### Evolução

29/01/2018

18:55 PCT ADMITIDO NESTA CLINICA POR FRT DE RÁDIO DISTAL DO MSE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO SSVV ESTAVELIS PA 110/80 MMHG, TAX 36, DEAMBULANDO, PROCEDENTE DESTA CIDADE RUA DR MOURA 641 CENTRO, PCT MEGA HAS, DM, ALERGIA MEDICAMENTOSA, TABAGISMO, EUTISMO, CARDIOPATIA.

Enfermeiro(a)

Assinatura



30/1/18, Edg... Segue evolução clínica:

Sintomas: dor m/ s/

Exames: exame coagulação p/ coagulação

Nº de leitura: 9

Data: 29/01/2018

Assinatura:

## BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

NOME: Joni Acacio Alves Ferreira DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura radio distal L

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

CIRURGIA: Ortopedico radio distal L N° SALA: \_\_\_\_\_CIRURGIÃO: Marcelo Lopes CRM-PI: \_\_\_\_\_

AUXILIARES: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR (A): \_\_\_\_\_ CIRCULANTE: \_\_\_\_\_

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) Art em art 111 val. ilíaco, placa msc  
(2) Art 111 + cap 1/2 Tuber val. media e c/ direção pr  
placa 1/2 media e fratura c/ deslocamento val e  
fixa com os de ru rebolo val 1/2 Líder par val,  
of contur

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: ( ) SIM ( ) NÃO ESTIMADA: \_\_\_\_\_ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_

DATA: 05/01/18 HORA: \_\_\_\_\_  
Marcelo Lopes  
Cirurgião Ortopedista  
CRM-PI 00000-00000-00000

CIRURGIAO

MATERIAIS E MEDICAMENTOS SALA CIRÚRGICA

| DISCRIMINAÇÃO                       | UND    | QUANT | DISCRIMINAÇÃO                | UND | QUANT |
|-------------------------------------|--------|-------|------------------------------|-----|-------|
| <b>LÍQUIDOS E SOLUÇÕES</b>          |        |       |                              |     |       |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% ____ ml       | FRASCO | 02    | AGULHA DE RAQUE Nº ____      | UND |       |
| SORO GLICOFLSIOGLÓGICO 0,9% ____ ml | FRASCO |       | AGULHA DE PERIDURAL Nº ____  | UND |       |
| SORO GLICOSADO 5% ____ ml           | FRASCO |       | AGULHA 25X7                  | UND | 01    |
| RINGER LACTATO ____ ml              | FRASCO |       | AGULHA 30X7                  | UND | 01    |
| ÁGUA DESTILADA ____ ml              | FRASCO |       | AGULHA 40X12                 | UND |       |
| ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml             | AMP    | 02    | AGULHA DE INSULINA           | UND |       |
| MANITOJ. 3% 200 ml                  | FRASCO |       | SCALP Nº ____                | UND |       |
| FORMOL                              | ML     |       | JELCO Nº ____ 20             | UND | 01    |
| ÁGUA OXIGENADA                      | ML     |       | SERINGA DE 50ml              | UND |       |
| ACOOL 70%                           | ML     | 30    | SERINGA DE 20 ml             | UND | 01    |
| PVP1 DEGERMANTE                     | ML     | 50    | SERINGA DE 10 ml             | UND | 01    |
| PVP1 TÓPICO                         | ML     | 40    | SERINGA DE 5 ml              | UND |       |
| CLOREXIDINA _____                   | ML     |       | SERINGA DE 3ml               | UND |       |
| BSS 500ml                           | FRASCO |       | SERINGA DE 1 ml              | UND |       |
| VOLUVEN 6% 500 ml                   | FRASCO |       |                              |     |       |
| ISOCEL                              | FRASCO |       | <b>DRENOS</b>                |     |       |
| ÉTER                                | FRASCO |       | DRENO DE PENROSE Nº ____     | UND |       |
|                                     |        |       | DRENO DE SUÇÃO Nº ____       | UND |       |
|                                     |        |       | DRENO DE TÓRAX Nº ____       | UND |       |
| <b>FIOS</b>                         |        |       | DRENO DE KHER Nº ____        | UND |       |
| NYLON Nº ____ 3                     | UND    | 02    |                              |     |       |
| CATGUT SIMPLES Nº ____              | UND    |       |                              |     |       |
| CATGUT CROMADO Nº ____              | UND    |       | <b>OUTROS MATERIAIS</b>      |     |       |
| CATEGUT CROMADO Nº ____             | UND    |       | LÂMINA DE BISTURI Nº ____ 29 | UND | 02    |
| ALGODÃO COM AGULHA Nº ____          | UND    |       | GAZES                        | UND | 40    |
| ALGODÃO SEM AGULHA Nº ____          | UND    |       | ESPARADRAPO                  | UND |       |
| VYCRYL Nº ____ 1                    | UND    | 01    | MICROPORE                    | UND |       |
| PROPELENE Nº ____                   | UND    |       | COMPRESSAS                   | UND | 04    |
| PROPELENE AGULHA GRANDE Nº ____     | UND    |       | ALGODÃO                      | UND |       |
| MONOCRYL Nº ____                    | UND    |       | ATADURA 90 CM 02 CM          | UND | 02    |
| PDS Nº ____                         | UND    |       | EQUIPO MACROGOTAS            | UND | 01    |
|                                     |        |       | EQUIPO MICROGOTAS            | UND |       |
| <b>LUVAS</b>                        |        |       | EQUIPO PARA SANGUE           | UND |       |
| PROCEDIMENTO                        | PAR    | 06    | TORNEIRINHA                  | UND |       |
| ESTÉRIL Nº ____ 7,5                 | PAR    | 04    | POLIFLIX                     | UND |       |
|                                     |        |       | TRANSOFIX                    | UND |       |
| <b>SONDAGEM</b>                     |        |       | IRRIGOPLAS ____ VIAS         | UND |       |
| SONDA URETRAL Nº ____               | UND    |       | ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO       | UND | 04    |
| SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº ____       | UND    |       | CATETER DUPLO JOTA           | UND |       |
| SONDA DE FOLEY 3 VIAS Nº ____       | UND    |       | CATETER VENOSO DUPLO LUMEN   | UND |       |
| SONDA NASOGÁSTRICA Nº ____          | UND    |       | TUBO OROTRAQUEAL Nº ____     | UND |       |
| SONDA NASOENTERAL Nº ____           | UND    |       | FILTRO BACTERIOLÓGICO P/TOT  | UND |       |
| COLETOR DE URINA FECHADO            | UND    |       | <b>MATERIAIS ORTOPÉDICOS</b> |     |       |
| COLETOR DE URINA ABERTO             | UND    |       | CAIXA PEQUENO FRAGMENTO      |     |       |
| XYLOCAINA GELÉIA 2%                 | TUBO   |       | CAIXA GRANDE FRAGMENTO       |     |       |
| SONDA RETAL Nº ____                 | UND    |       | FIO DE KIRSCHNER Nº ____ 02  | 0   |       |
| VASELINA                            | TUBO   |       | FIO DE STEINMAN Nº ____      |     |       |
|                                     |        |       | FIO DE CERCLAGEM Nº ____     |     |       |
| <b>TELA PROTÉSICA</b>               |        |       | FIXADOR EXTERNO MMSS Nº ____ |     |       |
| ____ cm x ____ cm                   | UND    |       | FIXADOR EXTERNO MMII Nº ____ |     |       |
| ____ cm x ____ cm                   | UND    |       | ÂNCORA Nº ____               |     |       |
|                                     |        |       |                              |     |       |
| <b>POMADAS</b>                      |        |       | <b>APARELHAGEM</b>           |     |       |
| COLAGENASE                          | TUBO   |       | ASPIRADOR                    |     |       |
| NEOMICINA                           | TUBO   |       | BISTURI ELÉTRICO             |     |       |
| NITROFURAZONA                       | TUBO   |       | PERFURADOR                   |     | X     |
| SULFADIAZINA DE PRATA               | TUBO   |       | SERRA                        |     |       |
|                                     |        |       |                              |     |       |
|                                     |        |       |                              |     |       |
|                                     |        |       |                              |     |       |

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: João de Araújo A. Ferreira ENF: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M ( ) F ( ) Idade: 53 Estado Civil: Solteiro ( ) Casado / União Estável ( )  
 Viúvo ( ) Separado ( )

2. PROCEDÊNCIA: Desta Município ( ) Outros: \_\_\_\_\_ SAMU ( )  
 Deambulando ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Sozinho ( ) Acompanhado ( )

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Obstétrico ( )

Se obstétrico: DUM: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Quaixa principal: Luzesca Perneira

### 4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Doença cardíaca

Doença renal ( ) Alergias ( ) Outros ( )

### 5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido ( ) Confuso ( ) Coma superficial ( ) Coma profundo ( )

Estado emocional: Agitado ( ) Tranquilo ( ) Tensão ( ) Deprimido ( )

Pele: Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudoreácia ( )

Hidratado ( ) Desidratado ( ) Hiperemia ( ) Local: \_\_\_\_\_

Integridade da pele: Sim ( ) Não ( ) Obs: \_\_\_\_\_

Rede venosa: Visível ( ) Não visível ( )

Edemas: Ausência ( ) Presença ( ) Local: MSC Generalizado ( )

**SISTEMA RESPIRATÓRIO:** Eupnéico ( ) Bradipnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispnéico ( )

Tosse seca ( ) Tosse produtiva ( ) Hemoptise ( ) Dor torácica ( ) Epistaxe ( )

Outras: \_\_\_\_\_

**SISTEMA DIGESTIVO:** Anorexia ( ) Pirose ( ) Disfagia ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Hematêmese ( )

Dor abdominal ( ) Dor epigástrica ( )

Alimentação: Oral ( ) Por SNG ( ) Aceita normal ( ) Aceita parcial ( ) Não aceita ( )

Hábito intestinal: Frequência diária ( ) Diarréia ( ) Constipado ( ) Última evacuação: \_\_\_\_\_

**SISTEMA URINÁRIO:** Padrão urinário: Normal ( ) Por SVD ( ) Pollúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Hematúria ( )

Incontinência ( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Aspecto: Claro ( ) Trufo ( )

Sono e repouso: Preservados ( ) Insatisfatórios ( )

Outras queixas: Febre ( ) Dor ( ) Local: MSC Outras: \_\_\_\_\_

SSVV: Tax°C: 36,4 P: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ PA: 110x80 mmHg

Medicações de uso regular: Não ( ) Sim ( ) Quais: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção hospitalar

Data: 29/01/18 Enfermeiro: Flávia

**REQUISIÇÃO DE PARECER**

*José de Araújo Neto em*

**CLÍNICA:** \_\_\_\_\_ **ENFERMARIA:** \_\_\_\_\_ **LEITO:** \_\_\_\_\_  
**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_  
**SERVICO:** \_\_\_\_\_ **AQ SERVIÇO:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA CONSULTA**

(Especificar os dados sobre os quais deseja parecer e enumerar os principais sintomas do paciente)

*ME em  
mora de 24hs  
dolor. sensaç  
rondeira no  
estomacal*

**DATA:** 31/04/18

**PROFISSIONAL REQUISITANTE:** *[Signature]*

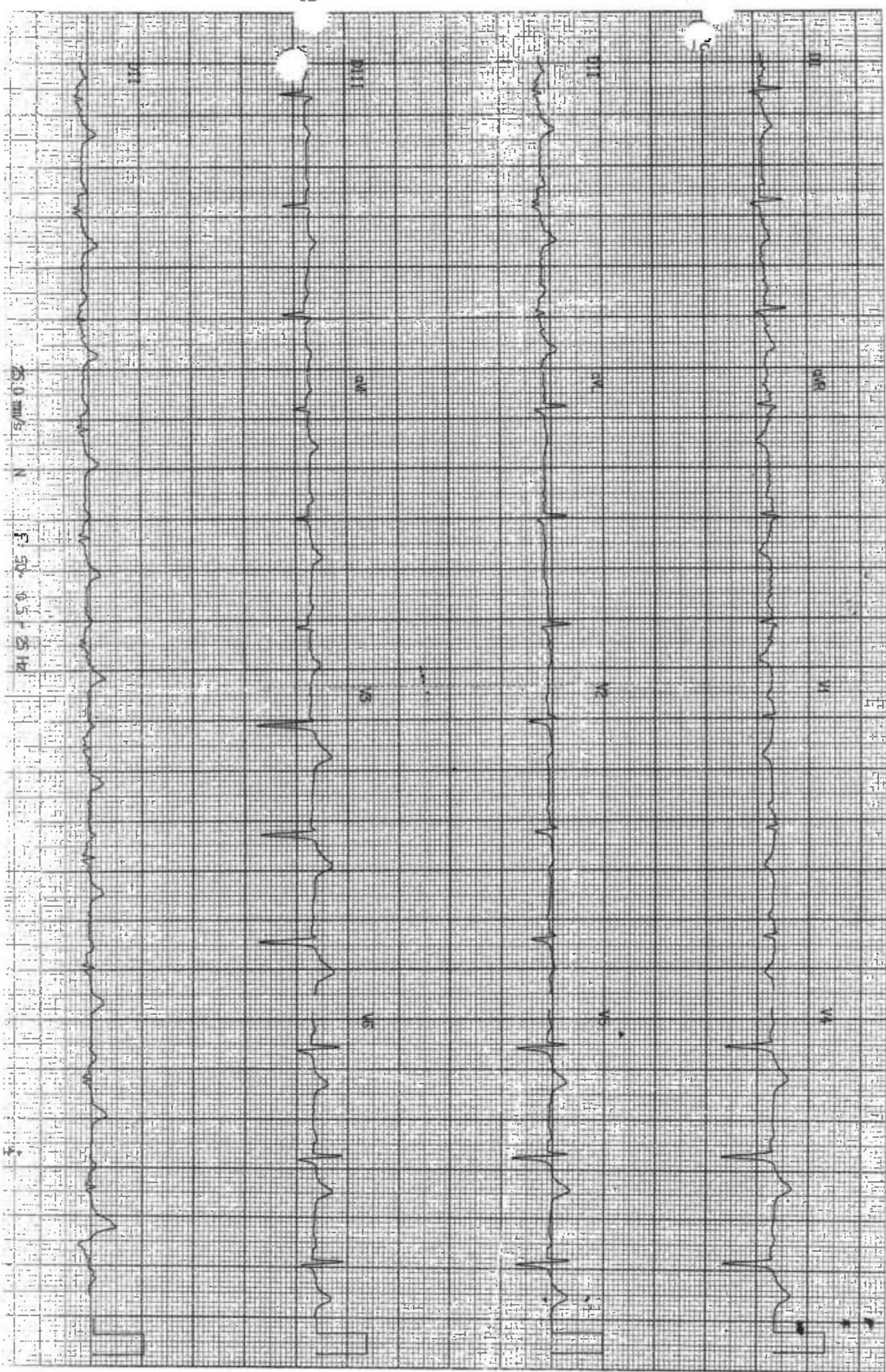
**DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_

25/01/2018 13:09

Nome da paciente: A. Furtado  
D.N.: 08.10.64  
Nº: 53

iROM



ESTADO DE SÃO PAULO  
MUNICÍPIO DE SANTOS  
SANTOS-SP-001483

Assunto:

Pintor Siqueira

CE 68 (P) 2000

Cidade São Paulo

Dr. Antônio Justosa Machado  
CLÍNICA MÉDICA E PSQUIATRÍA  
CRM-PI 408-CPF 018.331.403-87

Nome: José de Acácio Alves Furtado

Data do Nascimento: 53 anos

Data do Registro: 28/01/2018

Médico Drª Carolina Coelho

**RAIO X DO PUNHO ESQUERDO**

Fratura distal do rádio.

Drº José Luiz da Paz

Radiologista

CRM 0367/ CPF 030.027.993-00

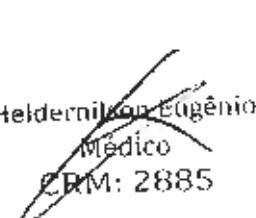


## RECEITUÁRIO

Nome: José da Conceição Alves Fumado

### LAUDO MÉDICO

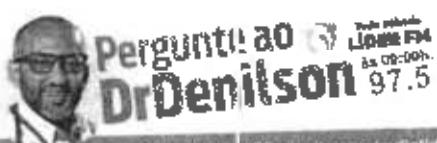
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE  
MOTOCICLETA NO DIA 28/01/2018 FERIDO  
COM RESULTADO FATAL NA PUNHA  
FERIDA PELA ÁREA FOI ABALIZADA  
TRATAMENTO SINGULHO. HOJE O  
MESMO ENCONTRA-SE COM 90% DE  
DÉFICIT DA PUNHA DA MÃO ES-  
QUERDA, ALTA TOTAL DA MÃO.

  
Helder Nilson Eugênio  
Médico  
CRM: 2885

Data: 19/1/2018

Assinatura do(a) Médico(a)

SAMI  
CNPJ: 14.627.094/0001-38  
Site: www.samisaude.org.br  
PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÉNIO  
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR



SINISTRO - 3180182573

José de Azevedo Alva Fumado  
CPF: 218.046.723-00

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

14 MAI 2018

DPVAT



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE 21 JUN 2018

RECEITUÁRIO

**DPVAT**

Nome:

José Ribeiro Acácio Alves Pimenta

LAVADO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE  
MOTORISTA NO DIA 28/01/2018 TENDO  
COMO RESULTADO FRACTURA DE PUNHO  
ESQUERDO PARA A QUAL FOI INDICADO  
TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE O  
MESMO ENCONTRA-SE COM 90% DE  
RECUPERAÇÃO E POSSUI 10% DE  
AVALEDA. ALTA TOTAL DA TRATAMENTO.

Heldnilson Eugênio  
Médico  
CRM: 2885

Data: 24 / 05 / 2018

Assinatura do(a) Médico(a)

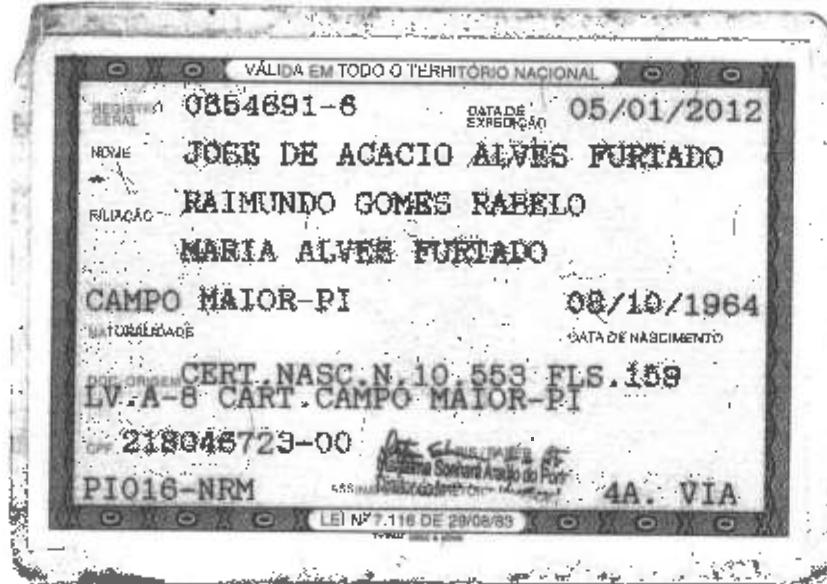


Pergunte ao  
**DrDenilson**  
36.09.00h.  
97.5

No net: radioliderfm975.wixsite.com/radioliderfm

SAMI  
CNPJ: 14.627.094/0001-38  
Site: www.samisaude.org.br

PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÉNIO  
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

|   |                             |                 |
|---|-----------------------------|-----------------|
| DENTRAN - PI                            |                             | Nº 010840630685 |
| CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DE VEICULO |                             | 000096288       |
| VIA                                     | EX-PI-000096288             | PERÍODO         |
| 0128                                    | 07/07/2014                  | 2014            |
| 752                                     | RAIMUNDO MONATO DE CARVALHO |                 |
| 06686                                   |                             |                 |
| 0761                                    |                             |                 |
| 4267                                    |                             |                 |
| 4394                                    |                             |                 |
| Sug6                                    |                             |                 |
| fbf                                     |                             |                 |
| ag003                                   |                             |                 |

010940630686 010940630686 010940630686

3416369315  
810-7895  
2014

ESTE E SUO BILHETE DE SEU GERA  
PRA MAIS REFORÇAR QUE SEU NO VELHO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CORRINTES  
SERÃO OBRIGATÓRIAS PARA OS SITUAÇÕES  
SUA EXCELENTE MENSAGEM

4014-0005/00/06/2014

卷之三

YAMAHA YBR125

9C6K211 0000000000000000

— PRACTIC TAPÍASCO —  
045.19 905.00 050.00 050.00

000,16 000,39 105,65

14/03/2013

SEGUNDA DORADA DE BAVAY

06/08/2014

## CARTA DE REANALISE

SINISTRO 31801182573

Eu, JOSE DE ACACIO AIVES FURTADO portador do RG:  
0854691-6 SSP/AM e CPF: 218046723-00 Residente na Rua /  
AV RUA: DOUTOR MOURA nº 641  
Bairro: CENTRO Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI

Venho pollicitar destas Seguradoras por não concordarem com o valor pago por minhas lesões com idoneidade no valor de R\$ 945,00 devido o fato de falar confuso no momento do dia 28-01-2018 no Rumo Esquedo com circunstâncias permanentes, teram anexos uma Reclamação médica para regularizar meu comprometimento de mobilização do Rumo esquedo, sua vez que nem me encaminharam para um perito oficial deles e me identificaram como abaixo da médica que lhe foi apresentada ao meu e seu Perito Médico para oficializar e estabelecer a sua permanência, assim falei para a fidel que me encaminhou a uma Reclamação médica (RE-ANALISE) para corrigir o erro cometido com meu diagnóstico e pagar uma idoneidade justa discordo com o comprometimento do valor da lesão sofrida no acidente.

No seguindo do depimento de falar

Cidade Campo Maior, (PI) 30/05/2018

JOSE DE ACACIO AIVES FURTADO  
Assinatura da Vítima



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180182573      **Cidade:** Campo Maior      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO      **Data do acidente:** 28/01/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

## 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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

**CRM do médico:** 52.34195-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Nelma de Oliveira Martins Freitas".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180182573      **Cidade:** Campo Maior      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO      **Data do acidente:** 28/01/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT RESIDUAL DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO MÉDICO DE 14/05/2018

## 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 funcional completa de uma das mãos | 70 %   | Em grau residual - 10 %                              | 7%         | R\$ 945,00            |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>7 %</b> | <b>R\$ 945,00</b>     |

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

**CRM do médico:** 52.34195-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)**

|   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Nome: <u>JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO</u> | Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u> | Profissão: <u>AUTODRÔMO</u>  |
| Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>          | RG: <u>0854691-6</u>          | Org. emissor <u>SSP/AM</u> D. Expedição <u>05/01/2012</u> CPF: <u>218046723-00</u> |
| Endereço: <u>RUA DOUTOR MOURA</u>         | Nº <u>641</u>                 | Bairro: <u>CENTRO</u>  |
| Cidade: <u>CAMPOMAIOR</u>                 | Estado: <u>PI</u>             | CEP: <u>64280-000</u>  |

**OUTORGADO: (Dados do procurador)**

|   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
| Nome: <u>JOSE AUGUSTO ALVES PERES</u>   | Estado Civil: <u>CASADO</u> | Profissão: <u>FON. PUB. ESTADUAL</u>   |
| Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>        | RG: <u>28338914</u>         | Org. emissor <u>SSP/SP</u> D. Expedição <u>17/10/2014</u> CPF: <u>226524003-63</u> |
| Endereço: <u>RUA BENJAMIN CONSTANTE</u> | Nº <u>622</u>               | Bairro: <u>CENTRO</u>  |
| Cidade: <u>CAMPOMAIOR</u>               | Estado: <u>PI</u>           | CEP: <u>64280-000</u>  |

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora UNIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros; Declaração de Ausência de Laudo do IMI; Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Acidente ocorrido em: 28/01/2018.

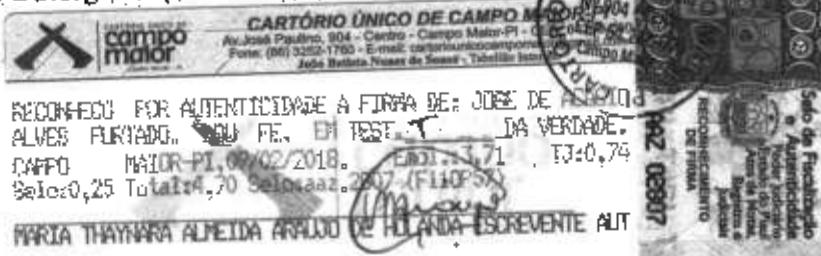
Certidão Única  
Tempo Maior - PI  
Local / data: Campomaior 09.02.2018

**ORIGINAL**

DE LEGITIMOS

23/02/2018

**Assinatura do Outorgante (Beneficiário)**



(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

---

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180182573**.

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**



---

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180182573**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

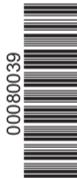
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Maio de 2018

Carta n°: 12897036

A/C: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573  
Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO  
Data do Acidente: 28/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

**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: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000100160-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| Multa:           | R\$ | 0,00   |
| Juros:           | R\$ | 0,00   |
| Total creditado: | R\$ | 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

|  |     |        |
|--|-----|--------|
| Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = | R\$ | 945,00 |
|--|-----|--------|

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180182573**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 de Sinistro ou ASL  CPF da vítima  Nome completo da vítima   
210.046.723-00 JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| Nome completo<br><b>JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO</b> | CPF titular da conta<br><b>210.046.723-00</b> | Profissão<br><b>ATONOMO</b> |
| Endereço<br><b>Rua M. Moura</b>                      | Número<br><b>241</b>                          | Complemento<br><b>CASA</b>  |
| Barro<br><b>CAXIABA</b>                              | Estado<br><b>PI</b>                           | CEP<br><b>66280000</b>      |
| Email<br><b>jazzperes@bol.com.br</b>                 | Telefone (DDD)<br><b>86-999618757</b>         |                             |

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFOMAR                | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00    | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

#### CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAU (361)  
 CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

#### CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| BANCO                | Name                 | Nº                   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

AGÊNCIA

DIV

CONTA

Nº

DIV

**0616**

**13**

**100160**

**5**

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

DIV

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

**0616/13/100160/5**

**07 de Fevereiro de 2018**

Local e Data

**ORIGINAL**  
CORRETORA DE SEGUROS

**23 ABR 2018**

**JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 105362.000196/2018-29

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 02/02/2018 / 16:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

28/01/2018 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

SÃO LUIS

Endereço

BR 343/ PRÓXIMO A REGIONAL DE SAÚDE., Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE ACACIO ALVES FURTADO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Endereço: RUA DR. MOURA, Nº 641

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PRA INFORMAR QUE NA DATA DE 28/01/2018 POR VOLTA DAS 14:30 HORAS A VÍTIMA ESTANDO A PILOTAR UMA MOTO INDO DO CENTRO DA CIDADE PRA O BAIRRO CIDADE NOVA, CAMPO MAIOR-PI E ESTANDO NA BR -343 PRÓXIMO A SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE SURGE ATRAVESSANDO A VIA UM ANIMAL (JUMENTO) E AO TENTAR DESVIAR PERDE O CONTROLE DA MOTO E VEM A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI E É ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA DRA. CAROLINA COELHO MELLO CRM - PI 6460 E APÓS EXAMES SE CONSTATA FRATURA NO PUNHO ESQUERDO E É SUBMETIDO A CIRURGIA. QUE A MOTO EM ANDAVA POSSUI OS SEGUINTES DADOS; CÓD. RENAVAM 01035004280, PLACA - PIC - 7865 CAMPO MAIOR-PI, CHASSI 9C6KE1930E0005740, COR VERMELHA. MARCA/MODELO YAMAHA/YBR 125 FACTOR E, EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO. NADA MAIS A DECLARAR.

Pedro Alves Da Silva Filho - Mat. 1084267  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ DE ACACIO ALVES FURTADO - Noticiante  
Responsável pela Informação

ORIGINAL

Delegado de Polícia



# 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: 23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000100160-5

---

Nr. da Autenticação D772C438A45A8E62





Para contatar com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0183311-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.451.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 15.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Sistema operado sob concessão autorizada pela SEFAZ DS/98

Nº da Nota Fiscal 000520505

A Tarifa Socioambiental Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.478 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JANEIRO/18 | 15/02/2018 | 371           | 369,44              |

JOAQUIM PERES DE OLIVEIRA  
R. BENJAMIN CONSTANT 622 5/C CENTRO  
CPF: 000000000000000  
CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR

ROT: 309.010.09.29.032800

| DADOS DA LEITURA kWh       |       | DATAS DA LEITURA |            |
|----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                     | 19282 | Atual:           | 13/01/2018 |
| Anterior:                  | 18911 | Anterior:        | 13/12/2017 |
| Constante de Multiplicador | 1.000 | Próxima Leitura: | 12/02/2018 |
| Consume: Medida:           | 371   | Emissor:         | 13/01/2018 |
| Consumo Faturado:          | 371   | Apresentador:    | 13/01/2018 |

Código de Faturamento Código de Irrigabilidade Dados de Consumo

Classe/Subclasses Ligação Primeira Medida Plata Código Faz. Média 12 meses

| Mês/ano consumo                            | DESCRIPÇÃO DA CONTA                  |  |
|--|--------------------------------------|--|
| DEZ/17                                     | CONSUMO 371 A R\$ 0,820671 = 304,46  |  |
| NOV/17                                     | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 42,05 |  |
| OUT/17                                     | CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 1,82  |  |
| SET/17                                     | MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,51       |  |
| AGO/17                                     | JUROS DE MORA DE IMPÓ 11/17-00 3,50  |  |
| JUL/17                                     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,66   |  |
| JUN/17                                     |                                      |  |
| MAI/17                                     |                                      |  |
| ABR/17                                     |                                      |  |
| MAR/17                                     |                                      |  |
| TARIFA SEM TRIBUTOS:<br>8 A 371 - 0,572090 |                                      |  |

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Vencimento

PPVAT  
23 ABR 2018  
CORRETORA  
DE SEGUROS