

Controle de do x Audiências x Upload x Tribunal de Jus x PJ Acesso 1º Grau x PJ Consulta proci x PJ 0836899-90.20 x Download file x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=409809&ca=06319830df01b603641293b97800bdb4017e...

Apps Processo Virtual Na... sAdministrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJ 1º Publicações

PJ ProceComCiv 0836899-90.2019.8.18.0140 LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORC...

9033838 - CONTESTAÇÃO (2707256 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 30/03/2020 10:34:14

30 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9033824 - CONTESTAÇÃO
 - 9033838 - CONTESTAÇÃO (2707256 CONTESTACAO 01)
 - 9033839 - Documentos (2707256 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9033840 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9033841 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9033842 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:34

44 Mar 2020

downloadBinario.seam 1 / 10

2707256- CS/ 2020-01235/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08368999020198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro"

PROTOCOLO.pdf 2707325_CONTES....pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf Falha - Sistema ocupado Exibir todos x

PT 10:34 30/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08368999020198180140

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 **LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA**, 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 **19/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/08/2019**.

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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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/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 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.

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;

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)

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, foi possível verificar a seguinte gradação:

Número: 3190638174	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA	Data do acidente: 19/06/2019	Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 27/11/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7 ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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 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 19/06/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

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:	04/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000319144-3

Nr. da Autenticação E0648257A4FCEDBA

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).

⁴RECURSO 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.

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 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)**.

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

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.”

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

⁷**art. 1º. (...)**

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

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 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,

TERESINA, 20 de março 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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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 cursam 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 **LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08368999020198180140.

Rio de Janeiro, 20 de março 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA

RG nº 631.777

data de expedição 14/06/10

Órgão SSP/PI

portador do CPF nº 397.373.573-53

com domicílio na cidade de TERESINA

no Estado de

PIAUI

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

QUADRA-09 CASA-54 SETOR "C" MOCAMBINHO-I

nº

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

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

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

cujo o condutor era

Veículo: MOTO

Modelo: YAMAHA/XTZ 125 E

Ano: 2009

Placa: NIO-4267

Chassi: 9CBKE125090008968

Data do Acidente: 19/06/2019

Local e Data: Teresina 12/08/19



Assinatura do Declarante

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

Cartório
Teresina
Selo

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lander Pereira 1021 - Centro - CEP: 64200-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-4153 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Fiduciária: Luizália Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIMA DE MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA DOU FE. EM TESS. DA VERDADE. Teresina-PI 12/08/2019 Selo: AAH54227-BEXY
www.tpi3pi.br/portalestra

KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emp:3,85 TJ:0,77 EMP/PI:0,10 Selo:0,25 Total:4,98 - OP:461
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAUFAID
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA		Fronteiriço: 514573
Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA		Pai: LUIS PEREIRA DA SILVA
End.Resid.: QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 06/10/1984	Idade: 34a8m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-98815-2246
Responsável: AMIGO-FLAVIO NERES		CNS: 998002938277433
Profissão: PRETISTA		Documento: CPF: 008.805.603-12
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 727268	Entrada: 20/06/2019 01:53:29	Convênio: S U S	Processo: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma da Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA POR VOLTA DAS 22H. FEZ RX NA UPA QUE EVIDENCIOU FRATURA EM MED. NÃO REFERE ALERGIAS. ENCAMINHADO DA UPA SATELITE PARA AVALIAÇÃO COM ORTOPEDISTA.		SUELEN DOS SANTOS SILVA COREN 166094 PI Em: 20/06/2019 02:03:01

SSVV: (Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: ____ bpm Pressão: ____ mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, EVOLUI COM FRATURA DE PLATO TIBIAL <i>fratura</i>

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto) DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ <i>JANILSON DOS REIS PIRES</i> MÉDICO CRM-PI 7211
---	--

Assinatura Paciente ou Responsável

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
CRM PI 4792 Em: 20/06/2019 02:47:16



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Leighn Elton Lincoln Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 54633

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".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Temp: 20/06/2019 02:03:02

(Usuário: SUELEN)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 514573
Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA	Pai: LUIS PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 06/10/1984	Idade: 34a8m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-98815-2246
Responsável: AMIGO-FLAVIO NERES		CNS: 898002938277433
Profissão: PRETISTA		Documento: CPF: 008.805.603-12
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)
Id. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 727268	Data: 20/06/2019 01:53:29	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA POR VOLTA DAS 22H. FEZ RX NA UPA QUE EVIDENCIOU FRATURA EM NID. NÃO REFERE ALERGIAS. ENCAMINHADO DA UPA SATELITE PARA AVALIAÇÃO COM ORTOPEDISTA.			Profissional Clas. Risco: SUELEN DOS SANTOS SILVA COREN 166094 PI Em: 20/06/2019 02:03:00

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente referido acidente de trânsito com trauma de quadril D,
em área de estacionamento próximo ao local
RX -

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____	Tem.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CLÍNICA REALIZADA	
DATA: 20/06/19 HORA: 02:03	
TÉCNICO: [Assinatura]	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
	Procedimento: ____ CID: ____

Flavio Neres
Assinatura Paciente ou Responsável

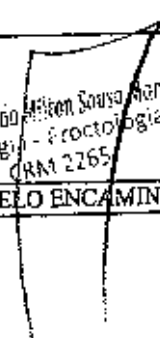
Assinatura - Profissional Médico



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 659201984	Nº REGULAÇÃO: 78981	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MULTON DE ARBA LEO - (86) 3235-2074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÓCIA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO: 06/10/1984

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PCTE REFERE ACIDENTE DE TRAFEGO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO, DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	
PROVAS DIAGNÓSTICAS:	
EXAMES SOLICITADOS: RX- FRATURA DE TIBIA A NÍVEL DO JOELHO DIREITO	
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA	
COMORBIDADE:	
PRESSÃO ARTERIAL: 130x100(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 79bpm
GLICEMIA: 147mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15
USO DROGAS VASOATIVAS:	
USO ANTIBIÓTICOS:	
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:	
DATA: 19/06/2019 23:59:05	
 Dr. Raimundo Milton Sousa Marinho Cirurgião - Proctologia CRM 2265 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	



241485

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

241485

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

6 - Prontuário: 514573

7-CNS: 898002938277433

8-Nascimento: 06/10/1984

9-Sexo: Masculino

CPF: 008.805.603-12

11-Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA

12-Fone: 86-98815-2246

13-Resp: AMIGO-FLAVIO NERES

14-Cor: Parda

5-Endere: QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-000

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C. Res.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.:

0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo SUS

4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

31-Docum.:

CPF

32-Doc. Méd. Solic.:

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LÃO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

34-Data Solicitação:

20/06/2019

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CESJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-Nº. Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

22/06/19

48-Documento:

() CNS () CPF

49-Num. Documento:

Celo Pires Ferreira Filho
Assessor de Autismo ORCAMPAIS
CRM-PI 1888-CPF: 03.983.517-9
CNPJ: 08.000.000/0001-01

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 727268

Consulta SUS:

Impressão: 20/06/2019 09:48:52

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 216473			
		AJH: 2219100452811			
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE DR LUIZ MILTON DE AREA LEAO				CNES 2679639	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT				CNES 5828856	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CARTÃO SUS 898002938277433	NOME DO PACIENTE LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA		NASCIMENTO 06/10/1984	SEXO M	PRONTUÁRIO 514573
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8688152246	NOME DA MÃE FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA	RESPONSÁVEL FLAVIO		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO Q - 18 C - 33 SC		NUMERO / LOTE		
BAIRRO MOCAMBINHO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA PLATO TIBIAL					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO CIRÚRGICO					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RAIO X					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA			CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 8408650500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA					
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA			PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO CPF: 8872489315 CRM:		
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/06/2019				
DATA ADMISSÃO 20/06/2019 01:53	DATA ALTA 21/06/2019 12:00	MOTIVO ALTA MELHORADO			
CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA
AUTORIZAÇÃO					
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO					
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) CARLOS ACVES DE ARAUJO FILHO CPF: 2273937933 CRM:			NOME DO PROFISSIONAL / FAREJER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITÓRIA CPF: CRM: DATA ANÁLISE:		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:					



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <u>Leopoldo Elton Lincoln pereira de Silva</u>			
Diagnóstico pré-operatório <u>TUM. PNA TO PBLAK (P) 6-1V</u>			
Operação - Tipo <u>PMH e PNA POSTERIOR</u>			
Cirurgião <u>Leão-te</u>		1º Assistente <u>roberto (Rend.)</u>	
2º Assistente <u>Leão-te</u>		3º Assistente	
Instrumentador <u>Selene Loreti</u>	Anestesista <u>Leonardo</u>	Anestesia <u>Leão-te</u>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <u>20.06.19</u>	Início <u>(9:00)</u>	Fim	
Diagnóstico pré-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnicas: Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① DDA ② ASSPIL ③ LAMPAS
④ BASSO LAMPAS ⑤ PUNA e PUNA
DEF SUPORTE ⑥ PUNA ⑦
CAPILAS

Leão-te
TRAUMATOLOGIA
CRM-TO 1860-50

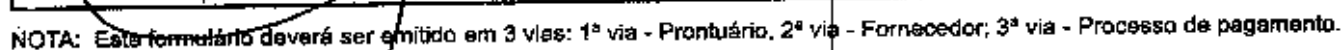
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/06/19

NOME DO PACIENTE: <u>Le John Alton Lincoln P. de Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>514573</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FNAT - PNTB TIRIA D6-IV</u>	ORURGIA: <u>14 FIC PLAS posom</u>
ANESTESIA: <u>laque</u>	ANESTESIA: <u>laque</u>
CIRURGIÃO: <u>laque</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Bernardo Araújo</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Selene Lade</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>70</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>80</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Crepom</u>		02	
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 <u>20</u>		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>		02		CIRCULANTE: <u>laque</u>			
PROLENE							





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 241485
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário:	314573
7-CNS:	898002938277433	8-Nascimento:	06/10/1984	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA			12-Fone:	86-98815-2246
-Resp:	AMIGO-FLAVIO NERES			14-Fone:	86-98815-2246
15-Endere:	QD-18, CASA-37, SETOR-C MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-000				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:		
0408050500		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA		
31-Cod.Procedi- mento Especial		32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030902		PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: SPINE				

38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	41-Nº.Doc. Med. Solic: 746.635.933-72
39-Data Solicitação: 20/06/2019		42-Assinatura/Carimbo (Rg.Conselho) Lao Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PI 1030 - CPF: 746.635.933-72

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Parecer com laudo anexado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 23/07/19	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	52-CNS/CPF: Carla Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (CRM-PI 1030 - CPF: 746.635.933-72)
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) Carla Pires Ferreira Filho

(KARLA BATISTA)

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE									
DATA: 20/06/19	PA: 120 x 75	PULSO: 82	RESPIRAÇÃO: 16	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	OBS:		
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMAT. CRÍTOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA			
EXAMES DE URINA									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA									
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES		ATÁRAXICOS		OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						FÍSICO			
PRÉ-MEDICAÇÃO					APLICADO ÀS		EFEITOS		
						TOTAL DE DOSES			
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO						Bupiv. 15 mg Bupiv. 20 mg Artic. fino 80 mg Artic. fino 2g Artic. fino 2g Artic. fino 2g Artic. fino 10 mg Artic. fino 10 mg Artic. fino 4 mg	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS						Sequência 1. Anest. 1st 2. Anest. 1st 3. Anest. 1st 4. Anest. 1st 5. Anest. 1st 6. Anest. 1st 7. Anest. 1st 8. Anest. 1st 9. Anest. 1st 10. Anest. 1st 11. Anest. 1st 12. Anest. 1st 13. Anest. 1st 14. Anest. 1st 15. Anest. 1st 16. Anest. 1st 17. Anest. 1st 18. Anest. 1st 19. Anest. 1st 20. Anest. 1st	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS						Sequência 1. Anest. 1st 2. Anest. 1st 3. Anest. 1st 4. Anest. 1st 5. Anest. 1st 6. Anest. 1st 7. Anest. 1st 8. Anest. 1st 9. Anest. 1st 10. Anest. 1st 11. Anest. 1st 12. Anest. 1st 13. Anest. 1st 14. Anest. 1st 15. Anest. 1st 16. Anest. 1st 17. Anest. 1st 18. Anest. 1st 19. Anest. 1st 20. Anest. 1st	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS						Sequência 1. Anest. 1st 2. Anest. 1st 3. Anest. 1st 4. Anest. 1st 5. Anest. 1st 6. Anest. 1st 7. Anest. 1st 8. Anest. 1st 9. Anest. 1st 10. Anest. 1st 11. Anest. 1st 12. Anest. 1st 13. Anest. 1st 14. Anest. 1st 15. Anest. 1st 16. Anest. 1st 17. Anest. 1st 18. Anest. 1st 19. Anest. 1st 20. Anest. 1st	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS						Sequência 1. Anest. 1st 2. Anest. 1st 3. Anest. 1st 4. Anest. 1st 5. Anest. 1st 6. Anest. 1st 7. Anest. 1st 8. Anest. 1st 9. Anest. 1st 10. Anest. 1st 11. Anest. 1st 12. Anest. 1st 13. Anest. 1st 14. Anest. 1st 15. Anest. 1st 16. Anest. 1st 17. Anest. 1st 18. Anest. 1st 19. Anest. 1st 20. Anest. 1st	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS						Sequência 1. Anest. 1st 2. Anest. 1st 3. Anest. 1st 4. Anest. 1st 5. Anest. 1st 6. Anest. 1st 7. Anest. 1st 8. Anest. 1st 9. Anest. 1st 10. Anest. 1st 11. Anest. 1st 12. Anest. 1st 13. Anest. 1st 14. Anest. 1st 15. Anest. 1st 16. Anest. 1st 17. Anest. 1st 18. Anest. 1st 19. Anest. 1st 20. Anest. 1st	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS						Sequência 1. Anest. 1st 2. Anest. 1st 3. Anest. 1st 4. Anest. 1st 5. Anest. 1st 6. Anest. 1st 7. Anest. 1st 8. Anest. 1st 9. Anest. 1st 10. Anest. 1st 11. Anest. 1st 12. Anest. 1st 13. Anest. 1st 14. Anest. 1st 15. Anest. 1st 16. Anest. 1st 17. Anest. 1st 18. Anest. 1st 19. Anest. 1st 20. Anest. 1st	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS						Sequência 1. Anest. 1st 2. Anest. 1st 3. Anest. 1st 4. Anest. 1st 5. Anest. 1st 6. Anest. 1st 7. Anest. 1st 8. Anest. 1st 9. Anest. 1st 10. Anest. 1st 11. Anest. 1st 12. Anest. 1st 13. Anest. 1st 14. Anest. 1st 15. Anest. 1st 16. Anest. 1st 17. Anest. 1st 18. Anest. 1st 19. Anest. 1st 20. Anest. 1st	
SÍMBOLOS		SÍMBOLOS							



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA**, ESTÁ EM TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO NESTA REFERIDA CLINICA POR CONTA DE UM PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DA TIBIA(D) FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS ORTOPÉDICOS ,O MESMO APRESENTA ADM LIMITADA E DIFICULDADES AO DEAMBULAR NOS EXAMES DE IMAGEM FOI EVIDENCIADO AUMENTO DE PARTES MOLES E INICIO DE OSTEOPENIA,ATUALMENTE NÃO APRESENTA QUEIXAS ÁLGICAS.

FISIOTERAPEUTA

MONIQUE EVA MARQUES PEREIRA

Monique Eva Marques Pereira

CREFITO:272962/F

TERESINA, 25 DE SETEMBRO DE 2019.

[illegible]

MINISTERIO DE JUSTICIA

6299418188

44530029165

15.

12D620DDE61580c13F9083ca7adca26684cBw62091113

THE

MEMBERSHIP

WITNESSES:

0000

感
冒

APPENDIX

NI0-4267

—MODINE ANTIFROST.

100

—CITA.56

9C6KE125090008968

GASOLINING

2009 2012

CATEGORY

AZUL

CONCLUSIONS

Topic:

3

CLARIFICATION

5. A

1

AL_____

15

THE
MAY 1987
MAY 1987

2016-04-14


TÍTULO FLENDORAL
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA
 NOME DO AUTOR
MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA
 DATA DE NASCIMENTO
 22/05/1969
 N.º IDENTIFICAÇÃO
 018494221362
 D.V.
 ZONA
 001
 SEÇÃO
 0232
 N.º DO PROCESSO
 JERESINAPI
 DATA DE EMISSÃO
 05/02/2014
 JUIZ ELETRONAL

SOLICITAR DIRE

Assessoria Integrada Unimed Belo Horizonte

SIGNATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO LÍQUIDO.



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 1

Código: 121830	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 26/09/2019	Remeter para: O mesmo(a)	Data Exame: 31/10/2019	Hora Exame: 12:07
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 31/10/2019 13:07:10	

Identificação do Periciando:

Código: 100633	Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARDOS
Dt. Cadastro: 26/09/2019	Endereço: Q 18 C 37 SETOR C MOCAIMINHO I - MOCAIMINHO - TERESINA - PI		
Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA	Pai: LUIZ PEREIRA DA SILVA		
CPF:	RG: 2 212 080-SSP PI	Registro Nascimento:	
Profissão: PEREIRISTA	Nascimento: 06/10/1984	Idade(ano): 34	Sexo: M Estado Civil: Casado(a)

LAUDO:

F R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclareceram tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando informa ter sofrido acidente de trânsito (queda da motocicleta que guiava), tendo o evento ocorrido por volta das 22:00 h do dia 19/06/2019, no bairro Mocaiminho, em Teresina - PI; tendo fratura de perna direita, sendo conduzido a UPA do Satélite, em seguida transferido ao HUV, onde foi submetido a tratamento cirúrgico. **DESCRIÇÃO:** Periciando elo e auto psiquicamente orientado apresentando cicatrizes cirúrgicas em perna direita, e com limitação funcional de 50% dos arcos de movimentos de perna direita. Periciando possui o prontuário médico que demonstra o procedimento médico realizado, bem como os dias de internação hospitalar (vide documentação em anexo). **CONCLUSÃO:** Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de 50 % dos arcos de movimentos de perna direita. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: SIM. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: SIM. Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais e produziu limitação permanente de 50 % dos arcos de movimentos de perna direita. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

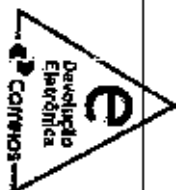
///////

REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA
Perito Médico-Legista - CRM 5221 - PI

Outros



|||||
CTOE PORTALEZA DE RIZ
MARCOS ANTONIO VIDAL COSA
QD MOCAMBINHO SETOR C 9 54 CA 54 QD 09
MOCAMBINHO
64010-280 - TERESINA - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638174 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190638174 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399955/19

Número do Sinistro: 3190638174

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

CPF: 008.805.603-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2019

Titular do CPF: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA : 008.805.603-12

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

CPF: 008.805.603-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019

Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa

CPF: 164.083.787-65

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399955/19

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

CPF: 008.805.603-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2019

Titular do CPF: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA : 008.805.603-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA
CPF: 008.805.603-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638174

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190638174

Vítima: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Recebedor: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000319144-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.805.603-12 4 - Nome completo da vítima: LEOJAN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPP Nº 445/2002

5 - Nome completo: LEOJAN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA
6 - CPF: 008.805.603-12
7 - Profissão: FARMACISTA
8 - Endereço: COM. MOCAMBINHO I
9 - Número: 37
10 - Complemento: A-10 Setor C
11 - Bairro: MOCAMBINHO
12 - Cidade: TERESINA
13 - Estado: PI
14 - CEP: 64010-310
15 - E-mail: (86) 9 8815-2246

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine e uma cópia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0024 CONTA: 00319144 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, renunciando, desde já, em qualquer hipótese, a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou, o(a) companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte é que os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cientes, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responder a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TERESINA/PI 03/12/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):





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

Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003066/2019-38

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

Data/Hora: 12/08/2019 - 16:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. SANTA JOANA DARC Nº:

Complemento

MOCAMBINHO I

Data/Hora

19/06/2019 - 22:00

Bairro

MOCAMBINHO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA (34 ANOS)

RG: 2712880 SSP-PI

Mãe: FRANCISCA CLAUDIA DA SILVA

Endereço: QD 18 CASA 37 SETOR C. Nº

Complemento: MOCAMBINHO I

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRA-CITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA XZ 125F, COR AZUL, PLACA Nº-4267-PI, DE PROPRIEDADE DE MARCOS ANTONIO VIDAL COSTA, QUANDO SE ENGANCHOU NOS FIOS DE INTERNET QUE DESCERAM SOBRE A PISTA; QUE A VÍTIMA CAIU SENDO SOCORRIDA POR SUA IRMÃ E LEVADA AO HOSPITAL DO SATÉLITE, TRANSFERIDO POSTERIORMENTE AO HUP (PRONTUÁRIO 514573). QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA LUCIANO LEAL DE ARAUJO, RG: 1112309 SSP-PI, INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

P/O: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mai.

AGENTE DE POL

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA (34 ANOS) - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegacia Geral de Polícia Civil - PI
1112309

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: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEJOHN ELTON LINCON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000319144-3

Nr. da Autenticação E0648257A4FCEDBA



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



042189



LEJOHN ELTON LINCON FERREIRA DA SILVA
JOSE ALMEIDA NETO, 37 QUADRA 18
MOCAMBINHO I
TERESINA PI
64010-310



5013196987416130000004218930200819