

Audiências x Controle de do x Tribunal de Jus x PJ Acesso 1º Gra x Consulta proce x PJ 0833731-80.20 x Sistema CNJ (P x Baixar o arquiv x +

← → ↻ ↺ ttpl.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=383887&ca=2cce0ba16ab387959045d3f484afad1cd5e511... ☆ 🔒 📄 📁

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

PJE ProceComCiv 0833731-80.2019.8.18.0140 HERR JAMES ROCHA SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

9082211 - CONTESTAÇÃO (2709182 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/04/2020 13:45:31

01 Apr 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9082210 - CONTESTAÇÃO
 - 9082211 - CONTESTAÇÃO (2709182 CONTESTACAO 01)
 - 9082214 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2709182 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9082215 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9082216 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9082217 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 11

2709182- CS/ 2020-01346/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08337318020198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

ttpl.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/.../listProcessoCompletoAdvogado.s...

PROTOCOLO.pdf ^ protocolo.pdf ^ protocolo.pdf ^ protocolo.pdf ^ protocolo.pdf ^ Exibir todos x

13:45 01/04/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08337318020198180140

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 **HERR JAMES ROCHA SANTOS**, 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 **10/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **01/07/2019**.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

Número: 3190528248	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS	Data do acidente: 10/06/2019	Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 19/09/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P2				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 10/06/2019. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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:	25/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERR JAMES ROCHA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000048878-0

Nr. da Autenticação 198B17E743667354

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.

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.

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 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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS 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.”

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.

⁷ art. 1º. (...)

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

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, 24 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 **HERR JAMES ROCHA SANTOS**, em curso perante a 6ª **VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08337318020198180140.

Rio de Janeiro, 24 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



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: HERR JAMES ROHA SANTOS		Prontuário: 513594	
Mãe: MARIA DE FARTIMA ROCHA SANTOS	Pai: JOSE ALVES DOS SANTOS		
End. Resid.: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/08/1975	Idade: 43a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99835-8878
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: PROMOTOR DE VENDAS	Documento: Reg. Nasc:		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 725765	Entrada: 10/06/2019 09:30:29	Convênio: S U S	Proced: 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 de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Cias. Risco:		
		12 SET 2019

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: **0,00 Kg** Altura: **0,00 M** IMC: **0,00 Kg/m2** Pulso: **bmp** Pressão: **mmHg**

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 30MIN. USAVA CAPACETE. TRAZIDO SEM USO DE COLAR E PRANCHA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, RINORREIA OU OTORRAGIA.

A) VIAS AERIAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA;

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS

C) RR, 2T, SNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL.

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE. MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE PRESERVADAS.

E) POSSÍVEL FRATURA EM MIE

DATA **10/06/19** HORA **09:59**
TÉCNICO: **[Assinatura]**

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1236612) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO METACORREIA MOITA
CRM 4330 Em: 10/06/2019 09:43:16

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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERR JAMES ROCHA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000048878-0

Nr. da Autenticação 198B17E743667354

AGUAS DE
TIMON

AV. PRESIDENTES MEDICI, 718 - 2º. FIAUL
CENTRO - CEP: 65631-190 - AGUAS DE TIMON-MA
TELEFONE: 0668 095 8888
CNPJ: 21.716.740-0001-65

MATRICULA

55963-6

FATURA No

320359

REC. HMO

6/2019

NOME-ENDEREÇO

MORADOR: MARIA JOSE DE MESQUITA DA SILVA

BECO PROJETADA 01,6-QD 03 AV LUIS FIR E COMEB-VILA
MONTEIRO-TIMON-MA-Cep:65630000

LOCALIZAÇÃO

004-00004-042760

DATA ANOV. PROX.

05/07/2019

GRUPO

004

NÚMERO DO HIDEGNETRO

Y18S067147

HISTÓRICO DO CONSUMO

PERÍODO TIPO

05/2019 Lido

04/2019 Lido

03/2019 Lido

02/2019 Lido

01/2019 Lido

12/2018 Lido

Lido

03

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

07

PATUÇO

13

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

16

ECONOMIAS / CATEGORIAS - TIPO T-ATER

1 Residencial - Normal

DATA

07/05/2019

CONSUMO MES

100

CONSUMO MES

100

10

04/12/2019

ANTERIOR

06/06/2019

ATUAL

109

MEDIA DIÁRIAS

100

MEDIA G

100

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

04/12/2019

TABELA DE TARIFFAS

REBATE

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

PRIMA DE CONSUMO

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE AGUA - 38,67

> Residencial-Normal

LIGACAO DE AGUA RESIDENCIA

JUROS POR ATRASO

JUROS POR ATRASO

JUROS POR ATRASO

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 32.354.710/000195 - LE 108465574
Av. Prof. Carlos Filho, 1980, Bodo do Santo - CEP 64005-050, Teresina - PI
Telefone: 0100 223 2000 ou 315 / Fax: 98124-3139

INSCRIÇÃO 26849336-1 NÚMERO 151671430
NÚMERO 5/2019

NOME/ENDEREÇO

ANDRADE ANTONIA MARIA A FERREIRA

RUA MAL LOT, 5859A-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep: 64009720

LICITAÇÃO

016-00038-000135

GRUP

016

NÚMERO DO MEDÍMETRO

Y10N306307

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LITROS	FATURADO
04/2019	Lixo	12	12
05/2019	Lixo	13	13
06/2019	Lixo	07	10
07/2019	Lixo	10	10
08/2019	Lixo	09	10

ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO DE REDE

1 Residencial - Normal

ANTERIOR 04/04/2019 885

ATUAL 24/05/2019 677

CONSUMO MÊS

10

DE 01/05/19

PTS. PASSAR 12,00 m³ = 1,50

CORRE 50,16% T. 60% = 3,04

TABELA DE TÁRIFAS

RESIDENCIAL	PREÇO DE CONSUMO (R\$/m³ E 0%)
0	10
10	20
20	30
30	40

VALOR

VALOR REFERENTE AGUA - 39,05
> Residencial-Normal
JUROS POR ATRASO
MULTA POR ATRASO

REA

VALOR

12,0 m³ 39,05
03/2019 0,15
03/2019 0,90

DPVAT
12 SET 2019
PJ CORRETORES
DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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: 4020-1595 / 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 Ovidorla: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônia Cláudia Araújo Leiteira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 296.411.498 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Herci James Rocha Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.041.003-49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez, da Vítima Herci James Rocha Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.041.003-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Marechal Lott</u>	Número: <u>5859</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Vila São Francisco</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64009-720</u>	Tel. (DDD): <u>86-99866-4205</u>

Local e Data: Teresina - PI 11 de Setembro de 2019

Antônia Cláudia Araújo Leiteira
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 SET 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 Ouidoria: 0800 021 91 35

Eu, Samuel de Jesus Rocha Santos
RG nº 2.634.649, data de expedição ___/___/___
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 024.689.423-70
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Estudante: Irlan Rangel de Araujo nº 13
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
Henri James Rocha Santos, cujo o condutor era
Henri James Rocha Santos
Veículo: Motocicl Modelo: YAMAHA XTZ 125 Ano: 2012
Placa: DDD-2017 Chassi: 9CGKE1260C002936
Data do Acidente: 10/06/2018

Local e Data: THE-PI 01/07/2019

Samuel de Jesus Rocha Santos
Assinatura do Declarante

PJ CORRETO
DE SEGUROS

12 SET 2019

DPVAT

Assinatura do Condutor

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

Cartório 6º Ofício de Notas da Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FRETAS SILVEIRA - TABELA INTERINA

CPF: 080479000-23 E-15-70001

ALVARO JOACQUIM NELSON DIAS DE SA E FRETAS - TABELA INTERINA - PI-12 - TERESINA - PIAUI, TEL: (06) 3367-4002

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SAMUEL DE JESUS ROCHA SANTOS NO
DOCUMENTO DE DECLARAÇÃO EM TESTE DA VERDADE DOU-PI-TERESINA

31/05/2019 11:54:05
SELO AAF04066 - PVNVI CONSULTE EM www.tpijus.br/consulta

[Assinatura]

IA JUIZ DE MACEJO SANTOS - ESCRIVENTE
Rua: R. 150 TO. REC 17 NF. REC 18 Selo: REC 20 Teto: REC 21





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

PJ CORRETO
DE SEGUROS

12 SET 2019

DPV

NOME DO PACIENTE:

Herr James Rocha Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

513594

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".

UR10PED14



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: HERR JAMES ROHA SANTOS		Prontuário: 513594	
Mãe: MARIA DE FARTIMA ROCHA SANTOS	Pai: JOSE ALVES DOS SANTOS		
End. Resid.: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/08/1975	Idade: 43a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99835-8878
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: PROMOTOR DE VENDAS	Documento: Reg. Nasc:		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		

6/30 *copy*
OK

Imp: 10/06/2019 09:43:17

(User: ANTONINO NETO)

(Estação: CONSULTADOR)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 725765	Entrada: 10/06/2019 09:30:29	Convênio: S U S	Proced: 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 de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clás. Risco:		

PJ CO
DE SEGUROS
12 SET 2019
DPVA

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 MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 30MIN. USAVA CAPACETE. TRAZIDO SEM USO DE COLAR E PRANCHA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, RINORRÉIA OU OTORRÁGIA.
A) VIAS AERÉAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA;
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. Pelve estável.
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE PRESERVADAS.
E) POSSÍVEL FRATURA EM MJE

DATA **10/06/19** HORA **09:59**
TÉCNICO: *[assinatura]*

Diagnóstico Inicial:

7

CID:

Exames Complementares:

(1236612) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Dr. Felipe José M. Raulino Neto
Proctologia / Cir. Geral
CRM - PI 3128

Prescrição Médica:

CID-10: **582.2**
Proc.: **0408050500**

Motivo da Alta/Encerramento:

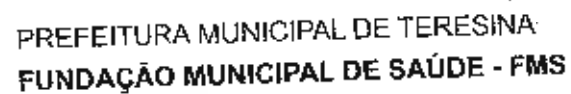
Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO
CRM 4330 Em: 10/06/2019 09:43:16



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]



240828

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

213419

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

240828

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: HERR JAMES ROMA SANTOS

6 - Prontuário: 513594

7-CNS: 700400925232840

8-Nascimento: 30/08/1975

9-Sexo: Masculino

12-Fone: 86-99835-8878

1-Mãe: MARIA DE FÁTIMA ROCHA SANTOS

14-Cor: Parda

13-Resp: O MESMO

15-Endereço: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENÇA - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE TÍBIA

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

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

14 EXAME FISICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim.

S82

25-CID Sec.

26-CID C. Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

841.275.623-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

10/06/2019

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

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

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

() CNS () CPF

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARIA SILVA)

Consulta Local: 725760

Consulta SUS:

Impressão: 10/06/2019 10:27:34



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Ágaa Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7368
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseplma.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1033/1035/10
Cent. Metropolitano Market Place - Calhau
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseplma.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

cx 0129-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 placa DCP 4,5mm estriada (12 f.)</u> <u>(inclui parafusos)</u>

Placa Metálica do S. C. 102
Orig. - Instituto Tecnológico
CNPJ 03.512.566/0002-71

12 SET 2019
CORRETO
DE SEGUROS

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 10/06/19

DATA DA ALTA: 1/1/19

PACIENTE - Nome: Herr James Roberto Santos

Nº AIH: 240828

Nº do Prontuário: 513594

Data da Internação: 1/1/19

Procedimento Médico Realizado: 0408050 500

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Flávio

CRM Nº _____

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BASTOS)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Alex James Rocha Santos*

Diagnóstico pré-operatório *Foot - não conhecido*

Operação - Tipo *Osteomielite*

Cirurgião

Dr. Flávio B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3102

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Rosy

Anestesista

Dr. Elime

Anestesia

Rogee

Anestésico(a)

Data da Operação

10/06/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Raquiocentese PDA, drenagem, suturas e
ligaduras anteriores, RTF e
placa e parafusos, sutura e drenagem.*

Flávio B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3102



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/06/19

NOME DO PACIENTE:	1ª. JANE ROCHA SANTOS	PRONTUÁRIO Nº:	513594
DIAGNÓSTICO:	Fuor hio	CIRURGIA:	Osteomielite
ANESTESIA:	Dr. Cláudio	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	Dr. F. de S. Coutinho	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Ryane	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Roni	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 810	PAR	01	
AGULHA RAQUE 22	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	290	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	1		Ocorrência			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Eletródos - 04			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Canais - 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	02			CIRCULANTE:	Ryane		
PROLENE							

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Cato Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HERR JAMES ROCHA SANTOS** (Prontuário: 513594)
 Endereço: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/08/1975 Idade: 43a10m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 725765
 Requisição: 963931 Solicitação: 10/06/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
 Controle: 1236612 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 10/06/2019

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

O estudo radiológico do membro inferior esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas na tíbia e fibula 
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fraturas na tíbia e fibula.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/07/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685 043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de M. Aquino
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Alex James Rocha Santos

Diagnóstico pré-operatório Foot nail, xonete

Operação - Tipo Oskom nte

Cirurgião Dr. Flávio B. de S. Coutinho 1º Assistente

2º Assistente Dr. Flávio B. de S. Coutinho 3º Assistente

Instrumentador(a) Rosy Anestesista Dr. Elme Anestesia Rogee

Anestésico(a)

Data da Operação 10/06/19 Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
18 SET 2019

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Rapido e seguro, DDA, onguento, putrefação
crônica, infecção anterior, RTF e
pelo e perfuro, futuro e amotiva.

Flávia Maria B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CPA 1.013.102



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACÃO



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1654675184

NOME
HERR JAMES ROCHA SANTOS

DOC. IDENTIDADE/CNPJ
1489813 SSP/PI PE

CPF
750.041.003-49

DATA NASCIMENTO
30/08/1973

RELACÃO
JOSE ALVES DOS SANTOS

MARIA DE FATIMA ROCHA
SANTOS

PERMISSÃO
222222222222

ACC
222222222222

CATEGORIA
A

Nº REGISTRO
04606074890

VALIDADEZ
30/08/2023

1ª EMISSÃO
31/03/2009

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO DETENTOR
[Signature]

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
31/08/2008

ASSINATURA DO DETENTOR
[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR
[Signature]

PIAUI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

 12 SET 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAGUO FERREIRA

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR: 1866292 SSP PI

CPF: 296.411.498-65

DATA DO CANCELAMENTO: 15/11/1999

Função: RAIMUNDO FRANCISCO FERREIRA

ANTONIA MARIA ARAGUO FERREIRA

PERMISSÃO: 1866292

ACC: 1866292

EXC. PRO: 1866292

VALIDADE: 29/07/2019

PROBACAO: 22/01/2010

Nº REGISTRO: 04067849613

COEFICIENTE: A

Antônia Cláudia B. Lencina

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: TERESINA

DATA DE EMISSAO: 01/08/2014

15040603819

PI314344854

DETRAN-PI (PJAUT)

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

976665003

976665003

DPVAT

12 SET 2013

PJ CORRETORIA
 DE SEGUROS

**SECRETARIA
DE SEGUROS**

12 SET 2019

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PI 9020170072541 Nº 012B98386024
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 Cód. RENAVAM: 545555477 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2017

NOME: **SAMUEL DE JESUS ROCHA SANTOS**

CPF / CNPJ: 02468942370 PLACA: OUD-2017

PLACA ANT. / UF: CHASSI: 9C6KE1260C0029236

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA/XTZ 125K ANO FAB.: 2012 ANO MOD.: 2012

CAP. / POT. / CL: 002P/124CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º IPVA
PACCA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS: 2º
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO IOP (R\$): PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: A/FID BANCO YAMAHA MOTOR DO BR

TERESINA LO: DATA: 24/8/2017

ARNO MARTINS DO REGO LÓBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

PI Nº 012B98386024 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 24/8/2017
VIA: 1 Cód. RENAVAM: 545555477 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2017
PLACA: OUD-2017

MARCA / MODELO: YAMAHA/XTZ 125K ANO FAB.: 2012 ANO MOD.: 09
CHASSI: 9C6KE1260C0029236

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNE (R\$): 81,28 DENATRAM (R\$): 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOP (R\$): 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): 185,50

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 21/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.342.005/0001-04
www.seguradalider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528248 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528248 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528248 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P5/6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Here James Rocha Santos
 RG: 1458843 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 750.041.003-49
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Profissão: Promotor de Vendas
 Endereço: Rua: Bela Praxetada 01; Qd: 03 Nº Casa: 06
 Bairro: Vila Monteiro Cep: 65630-000 Cidade/UF: Timon - MA
 Telefone: (86) 94560-2419 (86) 94469-4467

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 SET 2019

OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira
 RG: 1866292 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.498-65
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma
 Endereço: Rua Marechal Lot Nº 5059 A
 Bairro: São Francisco Cep: 64009-720 Cidade/UF: Teresina - PI
 Telefone: (86) 98861-9597 (86) 98527-1808 (86) 99866-4205

DPVAT

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato; afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Here James Rocha Santos
 CPF: 750.041.003-49 Data do Acidente: 10/06/2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DADS ☐ Morte

Timon - MA

Local e data

6 - 9 - 2019



Here James Rocha Santos
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL
Comarca de
Dr. Raimundo Lins
Tabelião



Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Here James Rocha Santos
 Em Testemunho da verdade:
06/09/2019
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
 Escrevente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315828/19

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

CPF: 750.041.003-49

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/06/2019

Titular do CPF: HERR JAMES ROCHA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

HERR JAMES ROCHA SANTOS : 750.041.003-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315828/19

Número do Sinistro: 3190528248

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

CPF: 750.041.003-49

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/06/2019

Titular do CPF: HERR JAMES ROCHA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528248

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HERR JAMES ROCHA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: HERR JAMES ROCHA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 0000048878-0

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



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528248

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HERR JAMES ROCHA SANTOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: 21 - DADOS BANCÁRIOS: 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (foi nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 34 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido: 36 - (*): Assinatura de quem assina a roga/a pedido: 37 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 38 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - Local e Data: 40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Procurador (se houver):

45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura do Procurador (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

12 SET 2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002471/2019-39

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

Data/Hora: 01/07/2019 - 16:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DE FRENTE A PRAÇA DO BAIRRO REDENÇÃO, Nº:

Complemento

Bairro

REDENÇÃO

Ponto de Referência

Data/Hora

10/06/2019 - 09:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAMES DAVID DA CRUZ MATOS

RG: 0237653420032

Mãe: ELOISA SALES DA CRUZ MATOS

Endereço: QUADRA 4, CASA 22, Nº

Bairro: RENASCENÇA I

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9864-1670

Tipo Envolv: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: HERR JAMES ROCHA SANTOS

RG: 1458813

Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA SANTOS

Endereço: RUA BECO PROJETADA 01, QUADRA 3, CASA 06, Nº

Complemento: ENDEREÇO AV. LUIS FIRMINO, BAIRRO VILA MONTEIRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-9469-4967

Tipo Envolv: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE/ADVOGADO OAB 16727, QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO YAMAHA 125, ANO 2012, PLACA OUD-2017. PROPRIETÁRIO SAMUEL DE JESUS ROCHA SANTOS, RELATA QUE A VITIMA TRAFEGAVA NA RUA DE FRENTE A PRAÇA, QUANDO O VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HU1. PRONTUÁRIO 513594. FATO TESTEMUNHADO POR ADRIANA DA SILVA MEDEIROS, CPF 048.105.863-08. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

James David da Cruz Matos
JAMES DAVID DA CRUZ MATOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

750.041.003-49 Hero James Rocha Santos

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

5 - Nome completo: Hero James Rocha Santos 6 - CPF: 750.041.003-49
7 - Profissão: Promotor de Vendas Rua: Bco Projetada 01; Qd: 03 Casa: 06 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Monteiro 12 - Cidade: Timon 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65630-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86-99469-4967

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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 POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0855 CONTA: 48878 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (foi nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devesse, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 11 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)