

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system.

The URL in the address bar is tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/DetalleProcessoCompletoAdvogado.seam?id=490988&ca=b0ac5f9af4493a2060b329ba632cb278129f79...

The main content area displays a document titled "9235594 - CONTESTAÇÃO (2712908 CONTESTACAO 01)".

The document header includes:

- Juntada por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/04/2020 10:18:40
- JOÃO BARBOSA ADVOCADOS ASSOCIADOS logo
- EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AROAZES/PI
- Processo: 08001346620208180082
- SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

The left sidebar shows a tree view of the document structure:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9235241 - CONTESTAÇÃO (2712908 CONTESTACAO 01)
 - 9235600 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (2712908 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9235605 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9235606 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9235607 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)



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

Processo: 08001346620208180082

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 **EVARISTO MORAIS DE SOUSA**, 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 **12/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **05/11/2019**.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
 Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190636259	Cidade: Aroazes	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA	Data do acidente: 12/12/2018	Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A		
PARECER				
Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.				
Descrição do exame: AO EXAME FÍSICO APRESENTA BOM ESTADO GERAL, LIMITAÇÃO LEVE AOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: SATISFATÓRIOS COM LEVE LIMITAÇÃO AOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 25/11/2019				
Conduta mantida:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 12/12/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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: 10/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03887
CONTA: 000000005025-7

Nr. da Autenticação 2477C0441ABCFC9E

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

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO 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:

DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 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.”

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- 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.

⁷art. 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,

AROAZES, 6 de abril 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 GRAADAÇÃO

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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EVARISTO MORAIS DE SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **AROAZES**, nos autos do Processo nº 08001346620208180082.

Rio de Janeiro, 6 de abril de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência
1735348-3	A1BN078052	OUT/2018

Nome/Razão Social/Endereço
 JOSE IVAN DE OLIVEIRA
 RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187
 VALE VERDE
 VALENCA 64302000

AG= 67

Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso	Inscrição		
3/1	1	Com. Ind. Pub.	113 2 07 0573 0171-000		
Período das Contas		Emiss. 01/09/2018			
10/09/2018		08/10/2018			
		28			
Histórico de Consumo Data/Hora Leitura Consumo Diam.					
04/18 354 0 0 05/18 354 0 0 06/18 354 0 0 07/18 354 0 0 08/18 1 0 0 09/18 1 0 0 10/18 1 0 0					
Forma de Faturamento FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO Cód. Residencial Código da Tarifa 916181790 01 Consumo Médio Cons. Fls. Agua Cons. Fls. Esgoto 0 0 Consumo Consumo Retardo 0 10					

DESCRICAÇÃO DA FATURA

Cod.	Nome do Serviço	* Valor (R\$)
AGUA		26,91
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		0,61
JUROS DE MORA 001/001		0,63
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60

VENCIMENTO 15/10/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 29,75

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$29,65
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PANT 2014-2015-NR							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Nitrato	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	45	5,2	8,0±0,5	0,3	Ausente	Ausente

MF Mínimo de Amostras Analisadas

MF Amostras Realizadas

MF Amostra que Atende Legislação

Valor Médio 1.31 2.44 6.84 0.00 0.00 0.00

PERMITE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMPRE PRATICAMENTE.

Comunicação

Mensagem
 A AGESPIA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPIA.COM.BR.
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPIA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ JUAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF WJI 758 943 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EVANISTO MONAIS DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.000.118 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura ÍNVALIDEZ da Vítima EVANISTO MONAIS DE SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.000.118 / 36, 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 Lider-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	Rua ANTONINO DE SOUSA MARTINS	Número	187	Complemento	CASA
Bairro	VALE VENDO	Cidade	VALÉNCIA	Estado	PI
Email	jiovian6.dj@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(89) 994192206	Telefone celular (DDD)	999260020

VALÉNCIA - PI , 12 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data

José Juan De Oliveira

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu_ EVANISTO MONAIS DE SOUSA

RG nº 266.076 data de expedição 27/07/1977

Órgão SSPPI, portador do CPF nº 059.000.118-38, com

Domicílio na cidade de Ananás no Estado de

RIAU onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDAD O NEONADA nº S/N.

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

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

vítima EVANISTO MONAIS DE SOUZA cujo o condutor era

EVANISTO MONAIS DE SOUSA

Veículo: MOTO/CICLETA HONDA CG 125 TITAN KS

Vehículo: Modelo: 2000

Ano: 3000

Placa LWC

Chassi 9C9JC3010YR648545

Data do

Local e Data: Ananias do Piauí - PI 29/03/2019

Euaristo Marais de Souza
Assinatura do Declarante



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

2º Cartório - Registro Civil, Nôtas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Euzebio Martins, 388 - Canindé - Valença do Piauí - CEP: 84.300-001 - Fone: (86) 3405-1111

See Chapter 10 for more information about these features.



*Ana Cláudia Mello L. F. Chaves Barbosa
Escrivãnia Autorizada*



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original q
foi apresentado(a) e dou fé.

Em 10/10/17

Setor do Arquivo - Hospital da HPM

Aule Henrique Vasconcelos Rags 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Enausto Nogueira de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 436895/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACAO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL

Nº LAUDO: 159652
AIIH: 2218101169735

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRECIO ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRECIO ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUARIO
898002963244004	EVARISTO MORAIS DE SOUSA	16/05/1958	M	436595
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MAE	RESPONSAVEL
266076	[89999783/36]	MARIA SOARES DA COSTA	PACO MORAIS DE SOUSA	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	
64310000	LOC REDONDA			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
ZONA RURAL		AROAZES	PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
FRATURA DA OMOPLATAS ESCAPULA.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMACOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL:
M75.1 SINDROME DO MANGUITO ROTADOR

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0301060070 DIAGNOSTICO E OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

LEITO/CLINICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))


Leandro Ponce Leal
RGPM 105.98133-2/Mar 14495-9
Cada Jo Salor do Arquivo Técnico

CARATER

URGENCIA

DATA SOLICITACAO

15/12/2018

LEANDRO PONCE LEAL
CPI: T677/B699841

CRM:

DATA ADMISSAO

15/12/2018 13:50

DATA ALTA

18/12/2018 09:02

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO
----------------------	----------------------------	----------------------	--------------	-------------------------	-----------------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZACAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIACAO / AUDITORIA
--	--

PLINIO DOS SANTOS MACEDO

CRM: 22758700111

CRM:

DATA ANALISE: 10/01/2019

10:18:13

CPF:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:



159652

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

850391

Identificação do Paciente

5 - Nome: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

6 - Prontuário: 436595

7 - CNS: 707607213731390

8 - Nascimento: 16/05/1958

9 - Sexo: M CPF: 059.000.118-36

11 - Mãe: MARIA SOARES DA COSTA

12 - Fone: 89-9.99783736 / 999069597

13 - Resp: PAULO MORAIS DE SOUSA

14 - Cor: PARD

15 - Ender.: Povoado REDONDA

0

ZONA RURAL

19 - CEP: 64310-000

16 - Munic: AROAZES

17 - Cod. IBGE: 220090

18 - UF: PI

RG: 26607-6

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Zeraria no ombro
desprendido, dor e limitação.
Rx - seu tratamento.

21 - Condições que justificam a Internação:

Investigação de lesão no ombro

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):

Rx e exames físicos

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S421

25 - Cid Sec.:

26 - Cid

FRATURA DA OMOPLATA [ESCAPULA]

Georges Henrique Res. 1º TEN PM
RGPM 105198193-2/Mat: 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Sint do imposta 1 mês. I

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010177 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA

Tempo SUS

3

29 - Clínica:

30 - Caráter::

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

15/12/2018

35 - Ass. Carimbo, Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOR.

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

Usuário: JACQUELINE ALMEIDA
 Consulta Local:
 Consulta SUS: 20181213184200
 Impressão: 15:47:36

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Paulo Moraes de Souza



Pólicia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
IDEM OUTROS HOSPITAIS	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CLÍNICA	
Médico Assistente	
Permanência	
CLÍNICA	

FICHA DE PRONTUÁRIO		15/12/2018
Nome: EVARISTO MORAIS DE SOUSA		Pront.: 436595
Nasc.: 16/05/1958 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
Atendimento: 850391	Enfermaria: POSTO II	ENF 205 LEITO Leito: 205
Pai: BENEDITO MORAIS DE SOUSA		
Mãe: MARIA SOARES DA COSTA		
RG: 266076		
Residência:		
POVOADO REDONDA Nr.: 0 Cap: 64310000		Bairro: ZONA RURAL Cidade: AROAZES Telefone: 89 - 999783738

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Resunha no ombro Gra
Dor e limitação funcional*

DIAGNÓSTICO

Provisória:	CID S421
Principal:	CID
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica <i>Dor de mobilização do ombro</i> Histo - Patológico: <small>Luis Henrique Vassouras Res 1º TEN PM RGPM 105100173-2 Mat 14495-9 Cada à Sela do Arquivo Técnico</small>

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	<i>Imobilizar</i>		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação: 15/12/2018 15:42:46 Data da Alta: / / / / / / Data da Hospitalização: / /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

THE _____ / _____ / _____

Assinatura: *[Signature]*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-090 - Teresina - PI , CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO - CARDIOLÓGICO

(205)

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Eduardo Viegas de Freitas

IDADE: 60

SEXO: M

DATA: 17/12/78

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior() 2. AVC() 3. Alergia medicamentosa() 5. Diabetes() 6. Dça Art. Coron() 7. ICC()
 8. Dça Pulmonar() 9. HAS() 10. IAM() 11. Asma() 12. DPOC() 13. T.B() 14. Fumo() 15. Reumatismo()
 16. Dça de Chagas() 17. Uso medic() 18. DUAP() 19. Dça Renal() 20. Anemia() 21. Dist. Coagulação()
 22. Outros()

COMENTÁRIOS:

2 Peixe

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a. ESTADO GERAL: BOM() Regular() Precário() Dispnéia() Ictério()
 Cianótico() Mucosa Descoradas() Edema() PVJ Elevada()
 b. APARELHO RESPIRATÓRIO: Expansibilidade M MV: 1000 FTV: 100
 Ruídos adventícios: SIM() NÃO()
 c. APARELHO CIRCULATÓRIO: PA: 120x70 mmHg Pulso: regular FC: 70
 Inspeção e Palpação: / Ausculta: RC: 120 Bullhas: 0
 Sopros: / Outros achados: / MMII: /

5. ÍNDICES DE REFERÊNCIA:

a) ÍNDICE DE RISCO CARDIACO (DESTSKY, 1986):

- (10.) Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m
 (5.) Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m
 (10.) Angina classe III (CCS*), limitação importante às atividades físicas diárias
 (20.) Angina classe IV (CCS), angina aos mínimos esforços ou repouso
 10. Angina instável nos últimos 6m
 10. Edema pulmonar na última semana

- (5.) Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m
 (20.) Estenose aórtica crítica
 (5.) ECG recente com ritmo não-sinusal ou extrasistolia atrial
 (5.) ECG com mais de 5 extrasistoles ventriculares no passado
 (5.) Estado Geral precário
 (5.) Idade > 70 anos
 (10.) Cirurgia de Emergência

(CCS: Canadian Cardiovascular Society)

(< 15 pts.) Baixo risco de complicações

(> 15 pts.) Alto Risco de complicações

CONCLUSÃO:

b) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I: Ind. com dça. Cardiada sem limitação da atividade física I
 CLASSE II: Ind. com dça. Cardiada com pequena limitação da atividade física
 CLASSE III: Ind. com dça. Cardiada com importante limitação da atividade física
 CLASSE IV: Ind. com dça. Cardiada e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGY (ASA)

- ASA I: Ind. Saudável
 ASA II: Ind. com dça. Sistêmica discreta
 ASA III: Ind. com dça. Sistêmica grave/limitação ativa/ não incapacitante
 ASA IV: Moribundo; sem esperança de sobrevida p/24hrs c/ ou s/ cirurgia

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDIACO - GOLDMAN E COL (1997)

1. História: (a) Ind + 70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
 2. Ex. Físico: (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenao imp (3pt)
 3. ECG: (a) Ritmo não sinusal / BAP (7pt) (b) BVP + 5min (7pt)
 4. Estado geral: PaO2<60 / PaCO2>50 / k<3 / Creatin>3 / TGO / TGP anormal
 Inf. Hepática / Ind. acamado

ÍNDICE: GRUPO I: (0-5pt) complicações não fatais 0,7% fatal 0,2%

GRUPO II: (6-12PT)..... 5% 2%

GRUPO III: (13-25pt)..... 11% 2%

GRUPO IV: (+25pt)..... 22% 56%

CONCLUSÃO:

EXAMES:

1- HT/Hb/Plaq: 140/135/217

2- Leuco/Bt/Seg: 5/10/14

3- Glicose: 98

4- Ur/Cr: 10.8

5- TS/TC: 3/8

6- TG/VTGP:

7- Trop o/CKmb:

8- ECG: No

9- Urin-H:

10- ECG 2D:

11- US:

12- RX Tórax:

13- TC/RNM:

Dr. Francisco José Lima
 CARDIOLOGISTA-CLÍNICO GERAL
 CRM-P12101



**POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



NOME: **EVARISTO MORAIS DE SOUSA**
MÉDICO
CONVÊNIO: SUS

205 - 02

IDADE: **60 ANOS**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

Hemácias em milhões/mm ³	4,60	HOMEM	MULHER
Hemoglobina em g/dl	13,0	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hematóccrito em %	42,0	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4

40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: **Hemácias normocíticas e normocrônicas.**

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm ³	5.500	4.000	10.000
--------------------------------	-------	-------	--------

%	REFERENCIAL		
---	-------------	--	--

ABSOLUTO	REFERENCIAL
----------	-------------

Bastões	0	3	5	120	500
Segmentados	49	50	66	2000	6600
Eosinófilos	2	2	4	80	400
Basófilos	0	0	1	0	100
Linfócitos	48	20	30	600	3000
Monócitos	1	4	8	160	800
Metamielócitos	0	0	1	0	100
Mielócitos	0	0	0	0	0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

217.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: **Plaquetas Morfológicamente normais e bem distribuídas**

Luis Henrique de Oliveira Res. 11 TEN PM
RGPM 100158193-2 Mar. 14495-B
Cach. J. Soto do Arquivo Técnico

TERESINA, 16 DE DEZEMBRO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP.QOPM - FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: EVARISTO MORAIS DE SOUSA IDADE: 60 ANOS
 MEDICO
 CONVENIO: SUS

COAGULOGRAMA

RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:	02 min. 00 seg.	REFERENCIAL: Até 3 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO:	08 min. 00 seg.	De 5 min. Até 10 min.
PROVA DO LAÇO:	NEGATIVO	Negativa
RETRAÇÃO DO COÂGULO:	TOTAL	Normal

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE 98 mg/dl 70 - 99 mg/dl

CREATININA 0,8 mg/dl 0,4 - 1,4 mg/dl

Luis Henrique *[Signature]*
 RG/M 106398193-2 / MAT 117EN 08
 Cada: J. Selo do Arquivo Término

TERESINA, 16 DE DEZEMBRO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDÔ
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUIMICO
 CRF / PI 245

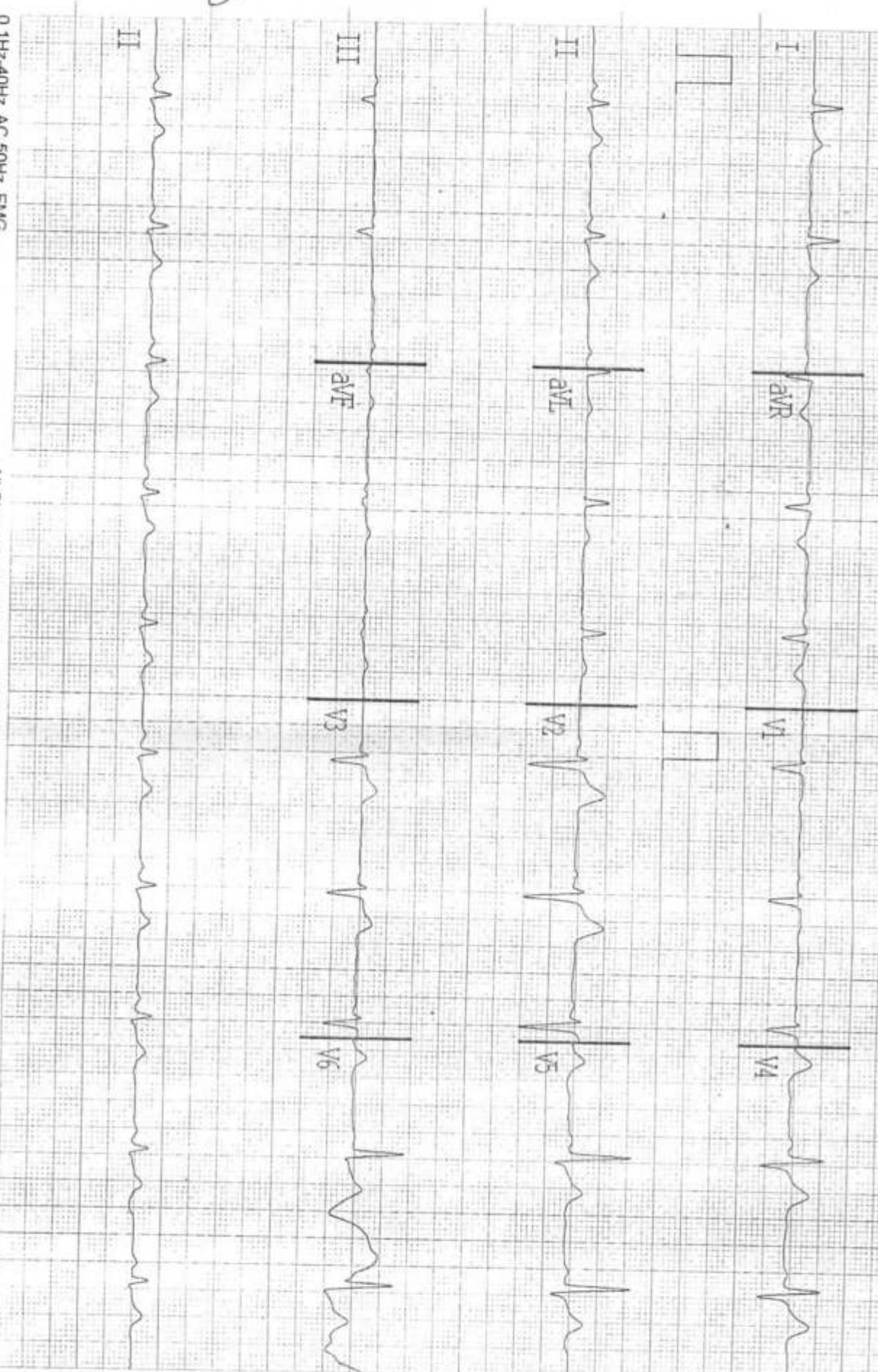
RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUIMICO
 CRF-PI 292

HAROLDÓ LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

Name: EVARISTO MORAIS PR int.: 145 ms
Age: 60 yrs. Sex: M QRS dur.: 102 ms
Ht: 0cm Wt: 0kg QT/QTC: 406/410 ms
P-R-T Taxes: 56-3-34

Normal Sinus Rhythm
Normal Axis
[Normal ECG]
Comment ...

PACIENTE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA
DATA NASCIMENTO: 16/05/1958
MÉDICO SOLICITANTE: DR.JOSÉ ANTONIO



0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co.,Ltd.

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec.

ID: 131404
Patient: EWARISTO MORAIS DE SOUSA
Idade: 060Y
Sexo: M



HPM

Hora: 09:15
Exame: 17/12/2018



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 131404
PACIENTE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA
NOME DA MÃE: MARIA SOARES DA COSTA
DATA DO NASCIMENTO: 16/05/1958
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 15/12/2018
DATA DO LAUDO: 18/01/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO E CLAVICULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Esclerose córtico-esponjosa localizada na grande tuberosidade umeral.
Interlinhas articulares preservadas.
Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Esclerose córtico-esponjosa localizada na grande tuberosidade umeral, compatível com síndrome do impacto.

Luis Henrique Viana Soares Ribeiro TEN PM
RGPM 105198133-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Selo do Arquivo Técnico

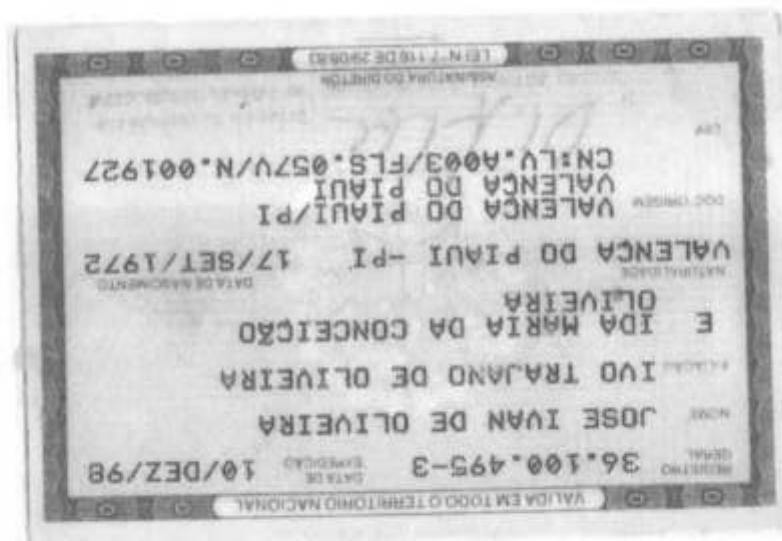
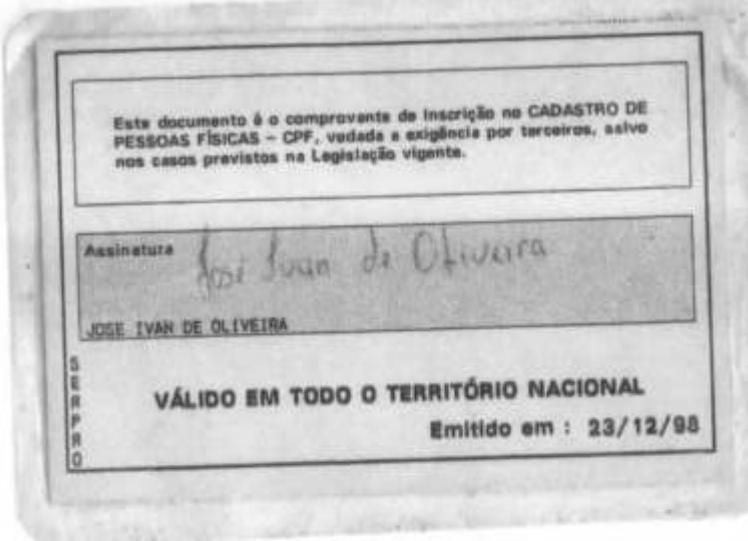
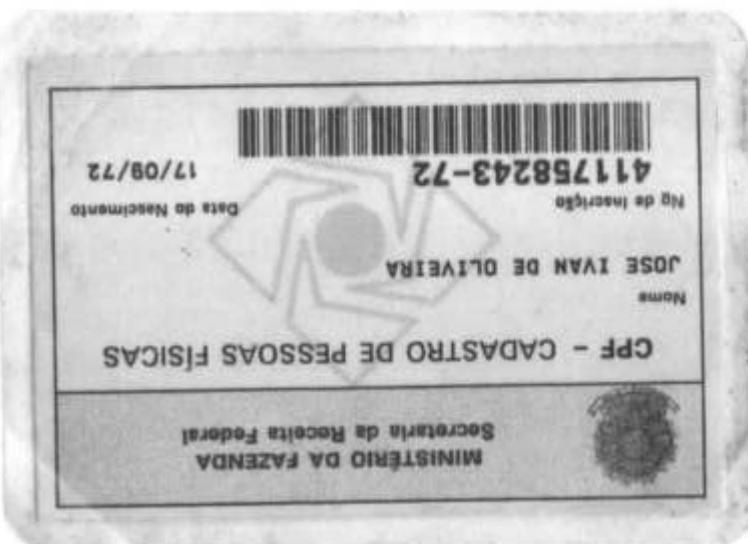
Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PB 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3215-1520

Av. Higino Cunha, 1642 – Iihotins – Teresina/PI
CEP 64014-220. - CNPJ 07.444.159/0002-25





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DIETRAN - PI

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

PI Nº 013936196868 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0909 023 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 08/01/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 05900011836 LNC-0784

RENAVAM	MARCA / MODELO
00735687218	HONDA/CG 125 TITAN KS
ANO/FAB.	CAT/VER.
2000	09

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00	000,00	000,00
--------	--------	--------

VALOR DO PAGAMENTO (R\$)	000,00 (R\$)	VALOR DE DESCONTO (R\$)
PAGAMENTO		DATAS DE PAGAMENTO
		26/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

GNB-1200-BAR-GNBB-000000000000

SEM RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ARQASES	LOCAL	DATA
		08/03/2015
<p style="text-align: center;">MUNICÍPIO DE BOA HORA - MATO GROSSO</p> <p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DA JUSTIÇA FEDERAL</p>		

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398429/19

Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

CPF: 059.000.118-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

Titular do CPF: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

EVARISTO MORAIS DE SOUSA : 059.000.118-36

- 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: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA BOM ESTADO GERAL, LIMITAÇÃO LEVE AOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA E FÍSICO: EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SATISFATÓRIOS COM LEVE LIMITAÇÃO AOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA BOM ESTADO GERAL, LIMITAÇÃO LEVE AOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SATISFATÓRIOS COM LEVE LIMITAÇÃO AOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM ESCAPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO 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 RESIDUAL DE OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM ESCAPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @10 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Evaristo Morais de Sousa

Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Recusou
RG: 266.076	Org. emissor SSP/PI	D. Expedição 27/07/1977
Endereço: localidade Redonda		Nº s/n
Cidade: Aroazes		Estado: PI CEP: 64310-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: José Ivan de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Recusou
RG: 36.100.495-3	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12 /1998
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187
Cidade : Valença		Estado: PI CEP: 64300-000

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

Local / data: Aroazes do Piauí - PI 29/07/2019

Evaristo Morais de Sousa

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Ezequielina Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (86) 3485-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRME DE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA, NO
DIA 29/07/2019, NO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE VALENCA DO PIAUÍ, PELA
SRA CLAUDIA MELLO L. F. CHAVES BARBOSA, ESCRIVANA AUTORIZADA.



AM Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrivana Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398429/19

Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

CPF: 059.000.118-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

EVARISTO MORAIS DE SOUSA : 059.000.118-36

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: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636259

Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVARISTO MORAIS DE SOUSA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636259

Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190636259**

Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVARISTO MORAIS DE SOUSA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 000000005025-7

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, retorno 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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
059.000.118-36 Evaristo Morais De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Evaristo Morais De Sousa 6 - CPF: 059.000.118-36

7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Localidade Redonda 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Aroazes 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64310-000

15 - E-mail: jioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 3887	CONTA: 00005025	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	7
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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, 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 de indenização 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
teve filhos?		nascimento (não nascido?)	teve irmãos?		pais/avós vivos?

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aroazes Do Piauí - PI, 11 De Novembro De 2019

X *Evaristo Morais De Sousa*
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivan De Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
059.000.118-36 Evaristo Morais De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Evaristo Morais De Sousa 6 - CPF: 059.000.118-36

7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Localidade Redonda 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Aroazes 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64310-000

15 - E-mail: jioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 3887	CONTA: 00005025	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	7
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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, 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 de indenização 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aroazes Do Piauí - PI, 11 De Novembro De 2019

X *Evaristo Morais De Sousa*
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivan De Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190636259
Nome do(a) Examinado(a): Evaristo Morais de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Redonda, S/N Casa
Zona Ruralaroazes Aroazes PI CEP: 64310-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 266076
Data local do acidente: [12/12/2018]
Data local do exame: [25/11/2019] Picos [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.

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

Tratamento: CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO E APOS 90 (NOVENTA) DIAS FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMOPLICAÇÃO.

Data da Alta: 13/03/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA BOM ESTADO GERAL, LIMITAÇÃO LEVE AOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO.

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

(X) Sim Não

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

(X) Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual **(X) 25% leve**
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



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



518 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 214770.000067/2019-45

Complementar ao BO N°: 214770.000066/2019-17

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 05/11/2019 - 10:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE AROAZES

12/12/2018 - 20:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

AROAZES

Endereço

ESTRADA QUE LIGA O Povoado REDONDA AO Povoado PIRIPIRI VELHO, N°:

Ponto de Referência

Complemento

559714

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Certifico e dou fé, que a presente

Cópia contém cópia integral.

Valendo-se de sua verdadeira

Assinatura, declaro que é

verdadeira.

Ana Cláudia M. L. F. Cláudia Marques
Eustáquio Portela
Autenticada

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 266076 SSP PI

Mãe: MARIA SOARES DA COSTA

Pai: BENEDITO MORAIS DE SOUSA

Endereço: Povoado REDONDA, N°

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

Telefone(s): 89-9978-3736

Nome: MARIA DA CRUZ DA SILVA SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1130189 SSP PI

Mãe: FRANCISCA HORMESINA DE MESQUITA

Pai: JOÃO PEREIRA DA SILVA

Endereço: Povoado REDONDA, N°

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 TITAN KS

2000 LWC0784 9C2JC3010YR078543

00735687218

Vermelha

Condutor: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

End: Povoado REDONDA Número: Complemento:

Cidade: AROAZES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE NARRA QUE DIA 12/12/2018, POR VOLTA DAS 20:30 H, RETORNAVA DE UMA NOVENA NA LOCALIDADE PIRIPIRI VELHO PARA A LOCALIDADE REDONDA, MUNICÍPIO DE AROAZES-PI, ONDE MORA, COMO GARUPA DA MOTOCICLETA DESCrita ACIMA, A QUAL ERA CONDUZIDA POR SEU ESPOSO, QUALIFICADO ACIMA; QUE, A CERCA DE 6 KM DE SUA RESIDÊNCIA, SEU ESPOSO E PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA, AO FAZER UMA MANOBRA PARA DESVIAR DE UM BURACO, DESEQUILIBROU-SE, O QUE OCASIONOU A QUEDA DOS DOIS, QUE FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES E TRAZIDOS PARA O HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, EM VALENÇA-PI, ONDE RECEBERAM OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE, POR CONTA DAQUELE ACIDENTE, A NOTICIANTE SOFREU UMA FRATURA NO PÉ ESQUERDO E SEU ESPOSO SOFREU UM DESLOCAMENTO NO OMBRO ESQUERDO, CONFORME ESPECIFICAÇÕES EM LAUDOS MÉDICOS; QUE NO DIA SEGUINTE FORAM TRANSFERIDOS PARA TERESINA-PI; QUE SEU ESPOSO FICOU INTERNADO DOIS DIAS NO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR; QUE A NOTICIANTE FOI LEVADA PARA UMA CLÍNICA PARTICULAR (NEOCLÍNICA), ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NO PÉ FRATURADO, FICANDO INTERNADA DOIS DIAS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000067/2019-45

Complementar ao BO Nº: 214770.000066/2019-17

ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

CH Alves
 Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat.
 AGENTE DE POL

Maria da Cruz dasilva Sousa
 MARIA DA CRUZ DA SILVA SOUSA - Noticiante
 Responsável pela Informação

L.R. Pimentel
 Lacy Kelli Leal Pimentel
 Delegado Geral da Polícia Civil-PI
 Mat.: 196.333-7

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Certifico e dou fé, que a presente

é cópia correta com o original.

12/11/19

Faithful record
MBordon

Ana Cláudia Mette L. F. Chaves Barbosa
 Escrevante Autorizada



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
059.000.118-36 Evaristo Morais De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Evaristo Morais De Sousa 6 - CPF: 059.000.118-36

7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Localidade Redonda 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Aroazes 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64310-000

15 - E-mail: jioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 3887	CONTA: 00005025	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	7
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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, 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 de indenização 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aroazes Do Piauí - PI, 11 De Novembro De 2019

X *Evaristo Morais De Sousa*
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivan De Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 00000005025-7

Nr. da Autenticação 2477C0441ABCFC9E

equatorial
ENERGIA
cepisa

Para contato
com oasco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO
0674227-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 00.540.748/0001-88 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia ELETROPIA
Regime especial da tarifa de energia autorizada pela SEPAZ de 06/96

Nº da Nota Fiscal **017924307**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.478 de 25 de abril de 2002.

DATA DE REFERÊNCIA	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	25/02/2019	69	44,11

MARIA DA CRUZ DA SILVA SOUSA
LC REDONDA S/N B-RURAL
CPF: 00027827191819
CEP: 64.310-000 - AROAZES

DETALHES DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 12966	18/02/2019
Anterior: 12897	17/01/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 20/03/2019
Consumo Médio: 69	Entrega: 15/02/2019
Consumo Faturado: 69	Apresentação: 18/02/2019

PERÍODO DE LEITURA	TARIFA	DATA DE LEITURA
NORMAL	FCAM	18/02/2019

DETALHES DA UNIDADE CONSUMIDORA	DATA DE LEITURA
---------------------------------	-----------------

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Período	Código Pct.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	---------	-------------	----------------

RESID.BX. RENDA	MONO	A747134	1.4.1.1	75
------------------------	-------------	----------------	----------------	-----------

DETALHAMENTO DA CONTA	*
-----------------------	---

JAN/19 65	CONSUMO 30 A R\$ 0,300370 = 9,01
DEZ/18 57	39 A R\$ 0,514933 = 20,08
NOV/18 81	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,61
OUT/18 95	DIFERENCA DE TARIFA 32,28
SET/18 83	SUBVENCAO BAIXA RENDA 22,64-
AGO/18 82	MULTA POR ATRASO 01/19-00 0,68
JUL/18 65	JUROS POR ATRASO 01/19-00 0,09
JUN/18 72	
MAI/18 68	
ABR/18 84	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
8 A 30 - 0,216500	
31 A 69 - 0,361620	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R\$ 47,26 (setenta e quatro reais) (sem centavos) até esta data. Caso os(s) débito(s) ja tenha(s) sido pagado(s), procurar no local de atendimento da Eletrábras Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) da retomada.

LIGUE 0800 056 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Nota para evitar penalidade de vencimento da sua fatura para dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato com a sua agência ou loja mais próxima de sua residência.

RESERVADO AO FISCO CCC3, F175,5FCE,DAZA,DS90,9307,6F5B,0683

COMPONENTES DE CUSTO - R\$

Distribuição: 12,43	Base de Cálculo: 61,37
Energia: 23,99	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 4,06	Valor do ICMS: 13,50
Impostos: 2,56	Valor do PIS: 0,86
Tributos: 18,33	Valor do COFINS: 3,97

INDICADORES DE CONTROLE/CONTROLE

BIC	PIC	BRIC	GRIC
Média	Média	Média	Média

7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
------	-------	-------	------	------	-------	------

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
------	------	------	------	------	------	------

VALOR ORIENTE	Período de	12/2018	R\$:	8,27
---------------	------------	---------	------	------