

Audiências

Upload

Sistema

Controle de

Tribunal de

PJ

Acesso 1º

Consulta pri

0800134-66

Download f

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=490988&ca=b0ac5f9af4493a2060b329ba632cb278129f79...

☆

🔍

👤

⋮

Apps

Processo Virtual Na...

Administrativos

Portal do Advogado

Google

Nova guia

Meu INSS

[bb.com.br]

Zimbra: Movimenta...

PJE 1º

Publicações

PJE

ProceComCiv 0800134-66.2020.8.18.0082

EVARISTO MORAIS DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

🏠

✉

📄

👤

☰

🔍

🔍

🔄

🔍

9235594 - CONTESTAÇÃO (2712908 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/04/2020 10:18:40

14 Apr 2020

🔍

🔍

🔍

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

9235241 - CONTESTAÇÃO

9235594 - CONTESTAÇÃO (2712908 CONTESTACAO 01)

9235600 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2712908 CONTESTACAO Anexo 02)


9235605 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

9235606 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))

9235607 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:18

2712908- CS/ 2020-01538/ INVALIDEZ



JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08001346620208180082

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro


protocolo.pdf

protocolo.pdf

protocolo.pdf

protocolo.pdf

Exibir todos



PT 10:18 14/04/2020



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 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\$ 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 espositiva 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				
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 físico: 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.				
Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO				
Sequelae: 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 irretroatável 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\$ 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
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

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;

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 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.

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.”

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 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.

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 GRADAÇÃO

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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Fatura Mensal

MATRÍCULA 1735348-3		Hidrometro A18N078052		Referência OUT/2018																																					
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000																																									
AG= 67																																									
Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição																																					
3/1	1			113 2 07 0573 0171-000																																					
Período de Consumo		Dias Consumidos																																							
de 10/09/2018 a 08/10/2018		28																																							
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Quant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant.	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/ MINIMO DA LIGACAO <table border="1"> <tr> <td>Cód. Responsável 916181790</td> <td>Código da Tarifa 01</td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio 0</td> <td>Consumo Faturado 10</td> </tr> </table>			Cód. Responsável 916181790	Código da Tarifa 01	Consumo Médio 0	Consumo Faturado 10
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant.																																						
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																																						
Cód. Responsável 916181790	Código da Tarifa 01																																								
Consumo Médio 0	Consumo Faturado 10																																								
DESCRIÇÃO DA FATURA																																									
Cód.	Nome do Serviço				Valor (R\$)																																				
AGUA					26,91																																				
	MULTA IMPONTJALIDADE 001/001				0,61																																				
	JUROS DE MORA 001/001				0,63																																				
	MANUTENCAO HIDROMETRO				1,60																																				

VERIFICACAO	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 APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT 2018-2018-001							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cálculo	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3		
Nº Mínimo de Amostras Legais Nº Amostras Realizadas Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	1.31		2.44	6.84	0.00	0.00	0.00
PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GEMETRICAMENTE. Mensagem: A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETOA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL							

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF W11 758 243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EVANILSO MONTEIRO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.000.118 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EVANILSO MONTEIRO 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 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 ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jioivan6.1i@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(89)994122206</u>		Telefone celular (DDD) <u>99926 0020</u>

VALENÇA-PI, 12 de Novembro de 2019

Local e Data

José Ivan 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 ANDARAÉ, no Estado de

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

LOCALIDADE REDONDA, nº S/N,

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

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

vítima EVANISTO MONAIS DE SOUSA cujo o condutor era

EVANISTO MONAIS DE SOUSA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA / CG 125 TITAN KS

Modelo: 2000

Ano: 2000

Placa: LWC-0784

Chassi: 9C95C3010YR078543

Data do Acidente: 13/12/2018

Local e Data: ANDARAÉ DO PIAUÍ - PI 29/07/2019

Evânisto monais de Sousa
Assinatura do Declarante



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

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

Rua Eurípedes Martins, 381 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EVANISTO MONAIS DE SOUSA, DOU
FEV 15 2019, EM MERCATO, VALENÇA DO PIAUÍ, PI, 29/07/2019.
Empl.: 1.485 - 13.10 - Fim: 10.10 - Selos: 26 - Total: 4,98 - Selos em: 08-15
(F: 60P33)

Ana Cláudia Nêlson Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE

Ana Cláudia Nêlson L. F. Chaves Barbosa
Escraventa 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 fe.

Em 10/08/19

Setor de Arquivo Técnico do HPM

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

NOME DO PACIENTE: Evairto Jovim de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 436895/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 159652
	AM: 2218101169735
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIREC: ARCOVERDE HPM	CNES 2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIREC: ARCOVERDE HPM	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002963244004	EVARISTO MORAIS DE SOUSA	16/05/1958	M	436595
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
266076	89999783736		MARIA SOARES DA COSTA	PALLO MORAIS DE SOUSA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
64310000	LOC. REDONDA			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
ZONA RURAL		AROAZIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DA OMÓPLATA ESCAPULA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX


INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
M701 SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0301060070 DIAGNÓSTICO EOL ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

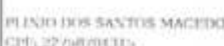
LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRA/MATOLOGIA (MASCULINO)	 Lds Henrique Vasconcelos Res. 1º TEN PM RGPM 105/98173-21 Mai. 14495-9 Chefe do Setor do Arquivo Técnico
CARATER	DATA SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	15/12/2018
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
15/12/2018 13:00	18/12/2018 09:02
MOTIVO ALTA	
MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
 PLÍNIO DOS SANTOS MACÊDO CPF: 22/08/04315 CRM: DATA ANÁLISE: 10/01/2019 10:18:13	CPF: CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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 850391
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: EVARISTO MORAIS DE SOUSA	6 - Prontuário: 436595
7 - CNS: 707607213731390	8 - Nascimento: 16/05/1958
11 - Mãe: MARIA SOARES DA COSTA	9 - Sexo: M CPF: 059.000.118-36
13 - Resp: PAULO MORAIS DE SOUSA	12 - Fone: 89-9.99783736 / 999069597
15 - Ender.: POVOADO REDONDA	14 - Cor: PARDA
16 - Munic: AROAZES	17 - Cod. IBGE: 220090 18 - UF: PI RG: 26607-6

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Lesão no ombro
Geleiras do; dor e limitação.
Rx - sem fratura*

21 - Condições que justificam a Internação:

Investigação de lesão no ombro

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

Rx e exames finais

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA OMOPLATA (ESCAPULA)

24 - Cid Princ.: **S421** 25 - Cid Sec.: **_____** 26 - Cid Q: **_____**

Sind do impeto M ES. f

Procedimento Solicitado - 0301060070

28 - Cod. Proced. 0408010177	27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA	Tempo SUS 3
29 - Clínica: POSTO II	30 - Caráter: 02	31 - Documento: 1
32 Doc. Med. Solic. 16778699841	33 - Nome Profissional / Assistente LEANDRO PONCE LEAL	34 - Data de Solicitação: 15/12/2018

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Trajetos.	45 - Vínculo com a Previdência. <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado.		

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: <i>15/12/18</i>
48 - Documento	49 - Num. Documento
50 - Ass. Carimbo (RG Conselho):	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Paulo Moraes de Sousa</i>	Usuário: JACQUELINE.ALMEDA Consulta Local: Consulta SUS: 20181213184208 Impressão: 15:47:36
--	---



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		15/12/2018	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Nome: EVARISTO MORAIS DE SOUSA		Pront.: 436595	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 16/05/1958 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Atendimento: 850391		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		Pai: BENEDITO MORAIS DE SOUSA		ENF 205 LEITO	
		Mãe: MARIA SOARES DA COSTA		Leito: 205	
Médico Assistente		RG: 266076			
Permanência		Residência:			
CLÍNICA		POVOADO REDONDA		Bairro: ZONA RURAL	
		Nr.: 0		Cidade: AROAZES	
		Cep: 64310000		Telefone: 89 - 999783736	

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

*trauma no ombro esquerdo
de a limitação funcional*

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S421
Principal:	CID
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica
<i>lesão da mobilização do ombro</i>	Histo - Patológico:
	<i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM RGPM 105198113-2/ Mat 14495-9 Chefe do Setor de Arquivo Técnico</i>

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>Imobilização</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: 18/12/18
Data da Hospitalização: 1/1

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
		<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 1/1/1

Assinatura: *[Assinatura]*

"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

(205/2)

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Evilberto Martins de Lima IDADE: 60 SEXO: ☒ M () F DATA: 17/12/20

2. CIRURGIA PROPOSTA:

Indicado

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. TB() 14. Fumo() 15. Reumatismo()
16. Dça de Chagas() 17. Uso medic() 18. DUAP() 19. Dça Renal() 20. Anemia() 21. Dist. Coagulação()
22. Outros()

COMENTÁRIOS:

20 Revis

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a. **ESTADO GERAL:** BOM () Regular () Precário () Dispneia () Ictério ()
Cianótico () Mucosa Descoradas () Edema () PVJ Eleva: a ()
b. **APARELHO RESPIRATÓRIO:** Expansibilidade Normal MV: Normal FTV: Normal
Ruidos adventícios: SIM () NÃO ()
c. **APARELHO CIRCULATÓRIO:** PA: 120 x 20 mmHg Pulsos: Regulares FC: 70
Inspeção e Palpação: Normal Ausculta: RC: 122 Bullas: Normal
Sopros: Normal Outros achados: Normal MMII: Normal
d. **ABDOMEM - PELE:** Normal

5. ÍNDICES DE REFERÊNCIA:

1. ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 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 extra-sístolia atrial
(5.) ECG com mais de 5 extra-sístoles 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. Cardíaca sem limitação da atividade física
CLASSE II: Ind. com dça. Cardíaca com pequena limitação da atividade física
CLASSE III: Ind. com dça. Cardíaca com importante limitação da atividade física
CLASSE IV: Ind. com dça. Cardíaca e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

(c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

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

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO - GOLDMAN E COL (1987)

1. História: (a) Ind + 70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
2. Ex. Físico: (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
3. ECG: (a) Ritmo não sinusal / BAP (7pt) (b) BVP + 5min (7pt)
4. Estado geral: PaO2 < 80 / PaCO2 > 50 / k < 3 / Creatin > 3 / TGO / TGP anormal
Inf. Hepática / Ind. acamado

ÍNDICE: GRUPO I: (0-5pt) complicação não fatal 0,7% fatal 0,2%
GRUPO II: (6-12PT)..... 5%2%
GRUPO III: (13-25pt)..... 11%2%
GRUPO IV: (+25pt)..... 22%56%

CONCLUSÃO:

EXAME:

- 1- HT/HI/Plaq: 120/80/0
2- Leuco/BH/Sag: 5/0/0
3- Glicose: 98
4- Ur/Cr: 10/8
5- TS/TC: 2/8
6- TG/VTGP: Normal
7- Troc/Cl/mb: Normal
8- ECG: Normal
9- Urina: Normal
10- ECG 2D: Normal
11- US: Normal
12- RX Tórax: Normal
13- TC/RNM: Normal

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



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



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

IDADE: **60 ANOS**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

Hemácias em milhões/mm³
 Hemoglobina em g/dl
 Hematócrito em %

VALORES ENCONTRADOS

4,60
13,0
42,0

VALORES DE REFERENCIA:

HOMEM	MULHER
4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

	VALOR ENCONTRADO		REFERENCIAL	
			4.000	10.000
Leucócitos por mm ³		5.500		
	%	REFERENCIAL	ABSOLUTO	REFERENCIAL
Bastões	0	3 5		
Segmentados	49	50 66		120 500
Eosinófilos	2	2 4		2000 6600
Basófilos	0	0 1		80 400
Linfócitos	48	20 30		0 100
Monócitos	1	4 8		600 3000
Metamielócitos	0	0 1		160 800
Mielócitos	0	0 0	0 0	0 100

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

217.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuídas

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
 RCPM 158193-2/ Mar 14495-8
 (Assinatura) Selo 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 PIAUI
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 COÁGULO:	TOTAL	Normal

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE	98 mg/dl	70 - 99 mg/dl
CREATININA	0,8 mg/dl	0,4 - 1,4 mg/dl

TERESINA, 16 DE DEZEMBRO DE 2018

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

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUIMICO
 CRF-PI 292

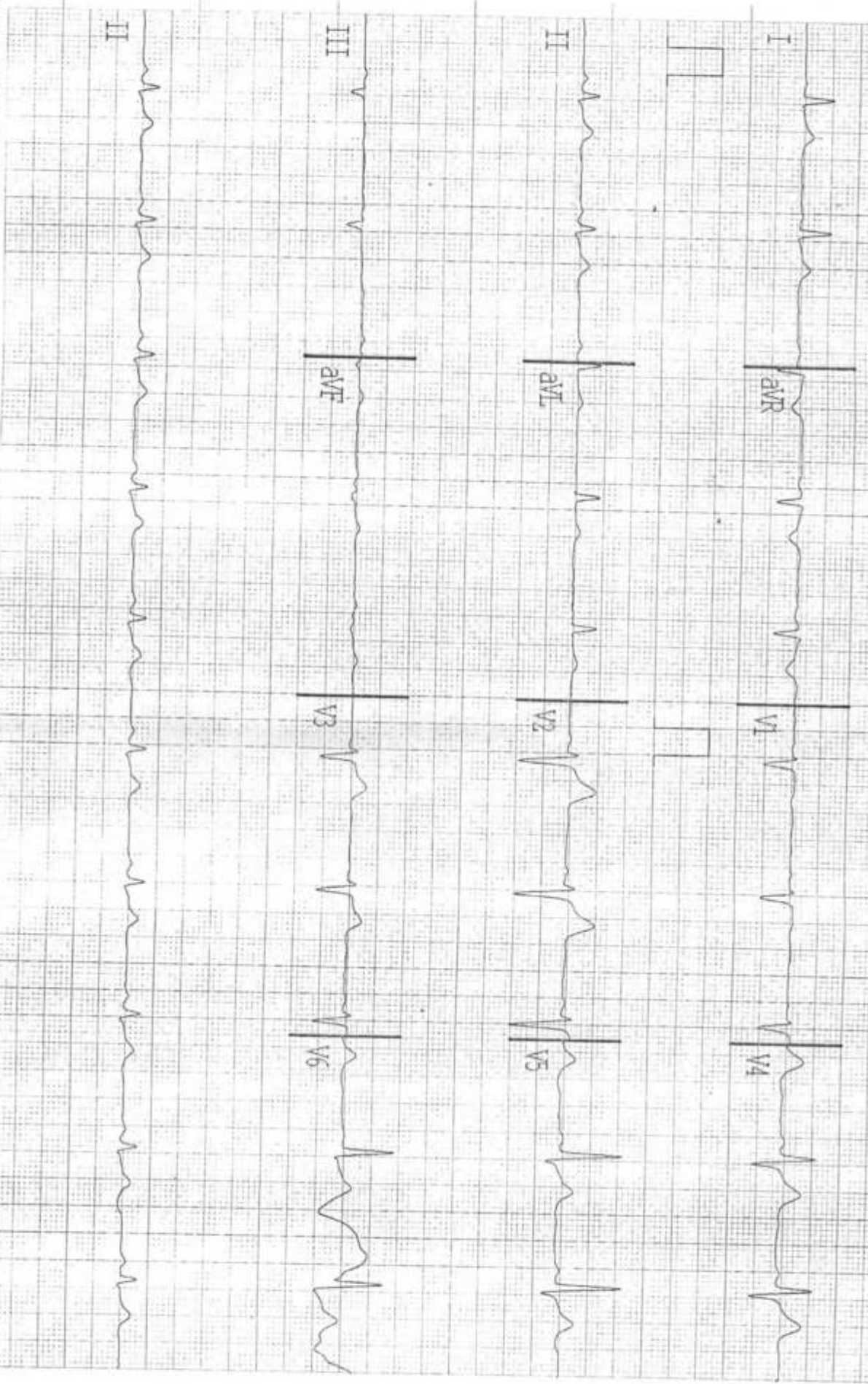
HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

Luis Henrique Gonçalves Reis 1º TEN PM
 RGPM 106358193-2/ Mat. 14495-8
 Chefe do Setor de Análise Toxicológica

Name : EVARISTO MORAIS PR int : 146 ms
 Age : 60yrs, Sex : M
 H : 0cm W : 0kg
 QRS dur : 102 ms
 QT/QTc : 406/410 ms
 P-R-T axes : 56-3-34

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

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



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

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

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.

Los Hernandez y Asociados S de RL
 RCPM 106198193-27 Mar 14 12:59
 Calle de Soto de Aranda 14

ID: 131404
Paciente: EVARISTO MORAIS DE SOUSA
Idade: 060Y
Sexo: M

HPM



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

LOI: 100190130-2-4-001 11-05-13
Data: 11/05/2013 11:05:13
Data: 11/05/2013 11:05:13



**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.

Luiz Henrique Vasconcelos Rios 1º TEN PM
RGPM 105198133-2/ Mat: 14405-9
Chefe do Selo do Arquivo Técnico

Dra. Lígia de Sampaio
RUI 4114
CRM-PI 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

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

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Jose Ivan de Oliveira*

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/12/98

S
E
R
V
I
D
O

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REGISTRO DO DIRETOR

DOC. 10000000

VALENÇA DO PIAUI/PI

CN:LV.A003/FLS.057V/N.001927

VALENÇA DO PIAUI -PI 17/SET/1972

DATA DE NASCIMENTO

OLIVEIRA

E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO

IVÓ TRAJANO DE OLIVEIRA

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

36.100.495-3

10/DEZ/98

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de inscrição

411758243-72

17/09/72

Data de Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON DAUNT

TERMO NOTARIAL DO REGISTRO

Jose Ivan de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013936196868
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 00735687218 ILN.TRG. EXERCÍCIO 2019

NOME
EVARISTO MORAIS DE SOUSA

CPF / CNPJ 05900011836 PLACA LHC-0784

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2JC3010YR078543

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/MENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. 2000 ANO MOD. 2000

CAP / POT / OIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ISENTA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º IPVA

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IGP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICÇÕES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ARCADES LOCAL 08/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QU 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 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 08/04/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 05900011836 PLACA LHC-0784

RENAVAM 00735687218 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2000 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JC3010YR078543

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)


000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.005/0001-04

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 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

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 físico: 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:

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 físico: 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

Valoração 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

Valoração 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	CPF: 059.000.118-38
Endereço: localidade Redonda		Nº s/n	Bairro: Rural
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	CPF: 411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins			Nº 187
Bairro: Vale Verde			
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 Moraes de Sousa**

Local / data: ANANAS DO PIAUI - PE 29/07/2019

*Evaristo Morales de Sousa

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.100-000 - Fone: (84) 3285-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIM DE: EXARISTO NORRIS DE OLIVEIRA, DO
BRASIL, TEST. EM VERBADE, VALENDO DO PAVILHÃO Nº 207/2012,
DE 13/05/2012, TOTALIZANDO R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais).
(1509-12)

[Assinatura]

Sen. Cláudio Wilson Lopes, Presidente do Conselho Superior do Poder Judiciário



Ann Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escritorinha 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

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 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

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

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 059.000.118-36 4 - Nome completo da vítima: Evaristo Morais De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 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 Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 omissa, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2251 5475 6276

5067

VALIDATE

10/24

EVARISTO MORAIS DE SOUSA

3887 013 00005025-7

elc

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: 059.000.118-36 4 - Nome completo da vítima: Evaristo Morais De Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(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 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 Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 omissa, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2251 5475 6276

5067

VALIDATE

10/24

EVARISTO MORAIS DE SOUSA

3887 013 00005025-7

elc

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190636259
Nome do(a) Examinado(a): Evaristo Moraes de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Redonda, S/N Casa
Zona Rural Aroazes 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 COMPLICAÇÃO.
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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000067/2019-45

Complementar ao BO Nº: 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, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

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, Nº

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, Nº

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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000067/2019-45

Complementar ao BO Nº: 214770.000066/2019-17

ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

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

Lacey Kelles Leal Parreira
Lacey Kelles Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil
Mat.: 196.333-7

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Certifico e dou fé, que a presente
Cópia confere com o original.
12/11/19
na verdade
[Assinatura]
Ana Cláudia Melo L. F. Soares-Barbosa
Escrevente 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:

059.000.118-36

4 - Nome completo da vítima:

Evaristo Morais De Sousa

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

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3887

CONTA:

00005025

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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 Líder 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 teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 omissa, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2251 5475 6276

5067

VALIDATE

10/24

EVARISTO MORAIS DE SOUSA

3887 013 00005025-7

elc

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

equatorial
energia
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.041-740/0001-88 (Insc. Estadual: 19.201.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia ESE, s/n - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela LEI 9242/96

Para contato
contato. informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0674227-8

Nº da Nota Fiscal 017924307

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA Nº	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

ROT: 34.431.14.81.001400

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 12966	Atual: 18/02/2019
Anterior: 12897	Anterior: 17/01/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 20/03/2019
Consumo Medido: 69	Enviado: 15/02/2019
Consumo Faturado: 69	Apresentação: 18/02/2019
Forma de Pagamento: NORMAL	Tempo de Entrega: 32

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Proteção	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A747134		1.4.1.1	75

PERÍODO (Mês)	Consumo	DESCRIÇÃO DA COTA	Valor
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	DIFERENÇA 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:
0 A 30 - 0,210350
31 A 65 - 0,361820

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$
11/2018 47,26

Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$ 47,26 (com encargos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento de Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCAL

CCC3.F175.5FCE.DAZA.D590.9307.6F5B.06B3

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 12,43	Base de Cálculo: 61,37
Energia: 23,99	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 4,06	Valor do ICMS: 13,50
Encargos: 2,56	Valor do PIS: 0,86
Tributos: 18,33	Valor do COFINS: 3,97

INDICADORES DE CONTABILIDADE									
DIE			PIC			DIEC		BCCR	
Atual	Previdido	Atual	Atual	Previdido	Atual	Atual	Previdido	Atual	Previdido

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

0,00 0,00 0,00

WO ORIENTE

12/2018

8,27