

Sessão: 080000 | Download: 0 | What's New | What's Hot | Tribunais | Sistemas | Portal | + | Pausada

App: Babylon Search | Google | www.esdc.com.br/R... | hao123 - O melhor... | chrome-extension/... | Histórico | Outlook - helderjus... | - Questões de conc... |

PJe ProceComCiv 0800323-56.2020.8.18.0078

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA X SEGURADORA LIDER DOS CON...

9710170 - CONTESTAÇÃO (2718844 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/05/2020 18:05:13

14 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9710166 - CONTESTAÇÃO
 - 9710170 - CONTESTAÇÃO (2718844 CONTESTACAO 01)
 - 9710172 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2718844 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9710174 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9710175 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9710178 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

28 Apr 2020

2718844-C3/2020-01801/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENCA DO PIAUÍ/PI

Ativar o Windows

Ativar o Windows

18:06 14/05/2020

protocolo.pdf protocolo.pdf 15. RI N° 0021153-...pdf 2378453_CONTES...pdf online.html



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENCA DO PIAUI/PI

Processo: 08003235620208180078

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 **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **29/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 14/01/2020.

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\$ 675,00 (seiscientos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 675,00 (seiscientos e setenta e cinco reais), após a regulação do sinistro.

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

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.

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;

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir a ação anulatória, disserendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 29/10/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

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 parciais³.

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 STJ⁴.

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.

³ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁴ 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.”

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\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁵, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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.

⁵“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A *contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.*”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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 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,

VALENCA DO PIAUI, 7 de maio 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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 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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
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; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **VALENCA DO PIAUI**, nos autos do Processo nº 08003235620208180078.

Rio de Janeiro, 7 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



NOME DO PACIENTE: Francina das chagas Rodrigues
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527239 de Sena

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR COPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

DE ENTRADA (BE)

Imp: 29/10/2019 12:54:12
(User: FERNANDO COUTO)
(Estação: GE55002)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA		<u>Prontuário:</u> 527239
<u>Mãe:</u> ANTONIA RODRIGUES DE SENA	<u>Pai:</u> EGIDIO DA CRUZ ROCHA	
<u>End. Resid.:</u> FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI - CEP: 64315-000		
<u>Nascimento:</u> 19/12/1974	<u>Idade:</u> 44a10m10d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 89-99173-773
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 210017503160004
<u>Profissão:</u> LAVRADORA		<u>Documento:</u> Reg.Nasc: 0000
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Órgão:</u> 749030	<u>Entrada:</u> 29/10/2019 12:37:08	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060061
<u>Motivo da Procura</u>			
<u>(Conforme Paciente/Acomp):</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	Amarelo
<p><u>Breve História Clas. Risco:</u></p> <p>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM PÉ DIREITO . VEIO DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES SEM ENCAMINHAMENTO MEDICO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.</p>		<p>SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 29/10/2019 12:52:08</p>

SSVV: (Hora: ____ : ____)

0,00 kg | altura: 0,00 m | IMC: 0,00 Kg/m² | Peso: | Peso: | Pressão: | pressão:

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

trauma ped

ex. *for complex s. pass-*

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

Raul Rubin de Mamede Neto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Perna e Joelho
CRM-SP 1849
TEC 1292

RE-EXE~~U~~ LIZADO
DATA 29/10/18 HORA
TÉCNICO: *SLP*

Paulo Ruben de Mattos Neto
Dicionário Encyclopédia Técnica e Jargão
Cirurgia e Odontologia
CRM 0849
TEOT 2694

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Interpretação nesta Unidade

DATA: / / HORA: : : .

Assinatura Paciente ou Responsável

Raul Ruy
Ortopedia
Cirurgia
CRM
FEO

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
crm 3467 Em: 29/10/2019 12:54:11

Fls Nº _____
 Proc. Nº _____
 Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

 DATA 29/10/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Franisco das Chagas</u>	PRONTHARIO Nº:	<u>527239</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>FNT - EXP. V MTC</u>	CIRURGIA:	<u>19.0 + MTC</u>
ANESTESIA:	<u>Prague</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>J. S. Soárez</u>	CPF Nº	<u>2000 800 0000 0000 0000</u>
AUXILIAR:		CPF Nº	
ANESTESIA:	<u>Dionilis</u>	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA:	<u>Salomé</u>	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>Nº 24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>12</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>90</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>18</u>	UNID.	<u>01</u>		<u>Preparou 20m lfl</u>	UNID.	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>3.0</u>	<u>03</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Ed. Pá</u>		
PROLENO							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Centro Clínico
Federico Chayen, P. S. C.

Diagnóstico pré-operatório

fit-^{er} / v / M / D

Operação - Tipo

Meet the new CMO

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anesthesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/01/9

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

to do Patologista

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Q DNA Q Passos Q Cláusulas
Q Univas Q Desenvolvimento Q Presidência
a Fórum Q Fórum Q P
ampliado

CRM-PI 2660 SBOT 10306



SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: fc - sa - cligen ns

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

*Paciente com lesão
neurot. pol.*

Teresina, ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico Solicitante

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																							
DATA	ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																						
29/10/19	120x70	81																																																																																																																																																										
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																						
EXAMES DE URINA <i>Menor alegria</i>																																																																																																																																																												
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Suprimento normal, R.S.</i>																																																																																																																																																												
SISTEMA CRICULATÓRIO <i>normal</i>																																																																																																																																																												
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>normal</i>																																																																																																																																																												
SISTEMA DIGESTIVO <i>> 8h de jejum</i>																																																																																																																																																												
ESTADO MENTAL <i>Alerta, vigilante</i>																																																																																																																																																												
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>Fratura V metatarso</i>																																																																																																																																																												
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)																																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td style="width: 10%;">OXIGÉNIO</td> <td style="width: 10%;">124 min</td> <td style="width: 10%;">16:10</td> <td style="width: 10%;">16:30</td> <td style="width: 10%;">TOTAL DE DOSES</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td colspan="2"></td> <td>1. Raqui</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>Bupivacaína</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>120 mg +</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>Morfina 80 mcg</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>2. midazolam 2 mg</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>3. cefaletoxina 2g</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>4. Diprivan 2g</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>5. nacladron 4mg</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>6. fentanyl 20 mcg</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td>7. Ranitidina 20 mg</td> </tr> <tr> <td colspan="7">SEQUÊNCIA</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> 1. Check list 2. APPA 3. monitorização 4. Raqui anestesia 5. DRPA 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. </td> </tr> <tr> <td colspan="7">SÍMBOLOS</td> </tr> <tr> <td colspan="7">DURAÇÃO 20 min</td> </tr> <tr> <td colspan="7">TÉCNICAS <i>Sedação + Raqui anestesia</i></td> </tr> <tr> <td colspan="7">OPERAÇÕES</td> </tr> <tr> <td colspan="7">CIRURGIÕES <i>Lactêa</i></td> </tr> <tr> <td colspan="7">ANESTESISTAS <i>Djamile</i></td> </tr> <tr> <td colspan="7"> Peso: 60kg - Altura: 1.65, sentada. reclinare, punção 26G punção venosa, injeção 100ml lactato ringer </td> </tr> <tr> <td colspan="7">CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS</td> </tr> <tr> <td colspan="7">  Djamile Brasileiro MÉDICA CRM - 5028 </td> </tr> <tr> <td colspan="7">PARITICULARIDADES</td> </tr> </table>							AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	124 min	16:10	16:30	TOTAL DE DOSES	1	2	3			1. Raqui						Bupivacaína						120 mg +						Morfina 80 mcg						2. midazolam 2 mg						3. cefaletoxina 2g						4. Diprivan 2g						5. nacladron 4mg						6. fentanyl 20 mcg						7. Ranitidina 20 mg	SEQUÊNCIA							1. Check list 2. APPA 3. monitorização 4. Raqui anestesia 5. DRPA 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.							SÍMBOLOS							DURAÇÃO 20 min							TÉCNICAS <i>Sedação + Raqui anestesia</i>							OPERAÇÕES							CIRURGIÕES <i>Lactêa</i>							ANESTESISTAS <i>Djamile</i>							Peso: 60kg - Altura: 1.65, sentada. reclinare, punção 26G punção venosa, injeção 100ml lactato ringer							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							 Djamile Brasileiro MÉDICA CRM - 5028							PARITICULARIDADES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	124 min	16:10	16:30	TOTAL DE DOSES																																																																																																																																																							
1	2	3			1. Raqui																																																																																																																																																							
					Bupivacaína																																																																																																																																																							
					120 mg +																																																																																																																																																							
					Morfina 80 mcg																																																																																																																																																							
					2. midazolam 2 mg																																																																																																																																																							
					3. cefaletoxina 2g																																																																																																																																																							
					4. Diprivan 2g																																																																																																																																																							
					5. nacladron 4mg																																																																																																																																																							
					6. fentanyl 20 mcg																																																																																																																																																							
					7. Ranitidina 20 mg																																																																																																																																																							
SEQUÊNCIA																																																																																																																																																												
1. Check list 2. APPA 3. monitorização 4. Raqui anestesia 5. DRPA 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.																																																																																																																																																												
SÍMBOLOS																																																																																																																																																												
DURAÇÃO 20 min																																																																																																																																																												
TÉCNICAS <i>Sedação + Raqui anestesia</i>																																																																																																																																																												
OPERAÇÕES																																																																																																																																																												
CIRURGIÕES <i>Lactêa</i>																																																																																																																																																												
ANESTESISTAS <i>Djamile</i>																																																																																																																																																												
Peso: 60kg - Altura: 1.65, sentada. reclinare, punção 26G punção venosa, injeção 100ml lactato ringer																																																																																																																																																												
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																																												
 Djamile Brasileiro MÉDICA CRM - 5028																																																																																																																																																												
PARITICULARIDADES																																																																																																																																																												

PREScrição MÉDICA

NOME DO PACIENTE Kelen Chayara R. S. S.		PRONTUÁRIO	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP 9381-41	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PREScriÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
			HORÁRIOS			
29/10/19	Poxof - HHS - MTT					As 22:00 h paciente sem PA = 121/77 mmhg P = 111 bpm Bepreick
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA					
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h					
5	DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6	TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12h					
7	TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
8	CUIDADOS GERAIS					
0	Rx control					



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347431 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na cabeça do 5º metatarso.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Confere com Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347431 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na cabeça do 5º metatarso.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Confidencial Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347432 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 29/10/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU HUT
Confere com Original




LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
 Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
 Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m12d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 250604
 Requisição: 1018328 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
 Controle: 1347683 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 41

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no 5º metatarso fixada com fio metálico.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMU HUT
 (Conferido em Origina)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 01159277963 2019

NOME

MARIA NUBIA ALMEIDA DA CONCEICAO

CPF / CNPJ
04804345302

PLACA
PI2-2466

PLACA ANTI-UF

CHASSI
9C2KD0810JR042672

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA

COMBUSTÍVEL
A100GL/GAS

MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.
2018

ANO MOD.
2018

CAP / POT / CIL
02P/0162CC

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

I P V A
COTA ÚNICA
FAIXA IPVA
PARCELAMENTO / COTAS

VENC. COTA ÚNICA
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

CEGMO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

A/FID. — ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA
NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

UNIAO LOCAL
15/07/2019

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO - PI

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 013404485857 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
15/07/2019

VIA COD. RENAVAM PLACA
1 04804345302 PI2-2466

MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 09
2018

ANO MOD. N° CHASSI
9C2KD0810JR042672

PRÉMIO TARIFÁRIO

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

PREÇO DO BILHETE (R\$) 000,00 (R\$) 000,58 (R\$)

PAGAMENTO
 COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO
24/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

ABR/2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA : 794.219.543-00

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: 18/02/2020
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080528 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
RODRIGUES DE SENA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM FRATURA DO 5º METATARSO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080528 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
RODRIGUES DE SENA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM FRATURA DO 5º METATARSO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Francisca das Chagas Rodrigues De Sena

Nacionalidade: Brasileira		Estado Civil: Casada	Profissão: Recusou
RG: 1.656.455	Org. emissor SSP/PI	D. Expedição 06/02/1996	CPF: 794.219.543-00
Endereço: Rua Projetada		56	Bairro: Bairro do Campo
Cidade: Santa Cruz dos Milagres		Estado: PI	CEP: 64315-000

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. Francisca das Chagas Rodrigues De Sena

Local / data: Santa Cruz dos Milagres do Piauí – PI, 07 de Fevereiro de 2020

Francisca das Chagas Rodrigues De Sena

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Ana Cláudia Melo L. P. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada



RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENNA, DOU FE. EM TESTE DA VERDADE, VALENCA DO PIAUI-PI, 17/02/2020. Selo: AAT26769-V19P, www.tjpi.jus.br/portalextra.

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE
Fone: 4.02 TJ: 0.80 FMNP/PI 0/10 Selo: 0.26 Total: 5.18 - OP: 9
FEC FIRMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA : 794.219.543-00

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: 18/02/2020
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080528

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

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, 06 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200080528**

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000005813-0

Conta: 000001720-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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:
794.219.543-00 Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena

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

5 - Nome completo: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena		6 - CPF: 794.219.543-00	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Projetada	9 - Número: 56	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bairro Do Campo	12 - Cidade: Santa Cruz Dos Milagres	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64315-000
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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 5813
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA: <input type="text"/> 0	CONTA: <input type="text"/> 1720	CONTA: <input type="text"/> 5
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 Impressão digital da última ou beneficiária não alfabetizada	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____ Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data, Santa Cruz dos Milagres Piauí-Pi, 17 de Fevereiro de 2020

+ Francisca das Chagas Rodrigues de Sena

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
Jélio Ivan de Oliveira

PAULO J F CHAVES - M

ROD PI 120

VALENTIN VAL DO PIAUI PI

V19.1 17/02/2020 09:00

TERM 000001 LOJA 000009213500001

AUTE 325502

DATA:17/02/2020 HORA DE BRASILIA:09:00

DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA: 05813 - VALENCA DO PIAUI

CONTA : 0000000001720-5

NOME : FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO :

VALOR EM CHEQUE :

VALOR TOTAL :

AG. BRADESCO : 5813 - VALENCA DO PIAUI

CORRESPONTE. BANC. : 116 - PAULO J F CHAVES

NSU: 004241670587 AUTENTICACAO: 725780

PAULO J F CHAVES ATUA COMO

CORRENPPONDENTE BANCARIO DO BANCO

BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUVIDORIA BRADESCO

0800 727 9933

VIA DO CLIENTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000004/2020-29

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Antonio Alcione Gonçalves De Moura

Data/Hora: 14/01/2020 - 11:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ	578552	Data/Hora 29/10/2019 - 07:30
Tipo Local VIA PÚBLICA		
Município VALENÇA DO PIAUÍ	Bairro OUTROS - ZONA RURAL	
Endereço VICINAL QUE AS CIDADES DE AROAZES E SANTA CRUZ DOS MILAGRES/PI, Nº:		
Complemento LOCALIDADE PAPAGAIO	Ponto de Referência	

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO RG: 1109325 SSPPI PI	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
Mãe: RAIMUNDA FERREIRA DO NASCIMENTO	
Pai: FRANCISCO ARAUJO NETO	
Endereço: FAZENDA ABRÓLIOS, Nº	
Complemento: ZONA RURAL	
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO	
Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES	
Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA RG: 1656455 PI	Tipo Envolv.: VITIMA
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA	
Pai: EGÍDIO DA CRUZ ROCHA	
Endereço: FAZENDA ABRÓLIOS, Nº	
Complemento: ZONA RURAL	
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO	
Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES	

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: 1 - HONDA. NXR 160 BROS ESDD	Ano: Placa: Chassi: 2018 PIZZ2466 9C2KD0810JR042672	Renavam: 01159277963	Cor: Vermelha
Condutor: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO End: FAZENDA ABROLHOS Número: Complemento: ZONA RURAL Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES UF: PI Bairro:			
Proprietário: MARIA NUBIA ALMEIDA DA CONCEIÇÃO Cidade: UNIÃO UF: Bairro:			

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIA QUE NO DIA, HORA E LOCAL MENCIONADOS ACIMA, CONDUZIA A MOTO EM TELA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM OUTRA MOTO NUM LOCAL DE CURVA, HOUVE UMA COLISÃO COM ESTA; QUE NO IMPACTO, O NOTICIANTE E A GARUPA SUA ESPOSA FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA, FORAM LESIONADOS, TAIS QUE, O CONDUTOR TEVE TRAUMAS NO DEDO 3º DO PÉ DIREITO, E SUA ESPOSA NO DEDO 1º DO PÉ DIREITO, CONFORME LAUDOS MÉDICOS EM ANEXOS; QUE OS ATENDIMENTOS MÉDICOS FORAM REALIZADOS EM TERESINA, NO HOSPITAL HUT. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.



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

504 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000004/2020-29

Antonio Alcione Gonçalves De Moura - Mat.
AGENTE DE POL

José Wilson Ferreira Araujo
JOHÉ WILSON FERREIRA ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Paraíba
Luccy Keiko Leal Paraíba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
794.219.543-00 Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena

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

5 - Nome completo: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena		6 - CPF: 794.219.543-00	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Projetada	9 - Número: 56	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bairro Do Campo	12 - Cidade: Santa Cruz Dos Milagres	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64315-000
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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 5813
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
		CONTA: <input type="text"/> 1720
		5 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu à luz (nascer) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não elaborado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, Santa Cruz dos Milagres Piauí-Pi, 17 de Fevereiro de 2020 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

José Ivan de Oliveira



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 29/10/2019 12:54:12
(User: FERNANDO COUTO)
(Estação: GESS002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA		Prontuário: 527239
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA	Pai: EGIDIO DA CRUZ ROCHA	
End. Resid.: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI - CEP: 64315-000		
Nascimento: 19/12/1974	Idade: 44a10m10d	Sexo: Feminino Fone: 89-99173-773
Responsável: O MESMO		CNS: 210017503160004
Profissão: LAVRADORA		Documento: Reg.Nasc: 0000
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749030	Entrada: 29/10/2019 12:37:08	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM PÉ DIREITO . VEIO DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES SEM ENCAMINHAMENTO MEDICO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 29/10/2019 12:52:08

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma pe.d
rx fux. cefoxin 500 mg -

Diagnóstico Inicial: ?	Raul Ruben de Mamedo Neto Ortopedia/ Traumatologia CRM: 00-349 TEC: 12345	RA. REFEREZADO DATA 29/10/19 HORA _____ TÉCNICO: _____	Raul Ruben de Mamedo Neto Ortopedia/ Traumatologia CRM: 00-349 TEC: 12345
------------------------	--	--	--

Prescrição Médica:	Sfo. q.d. 500mg. c. a. aeroz.		
--------------------	-------------------------------	--	--

Motivo da Alta/Encerramento:	Internação nesta Unidade	DATA: _____	HORA: _____
------------------------------	--------------------------	-------------	-------------

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
CRM 3467 Em: 29/10/2019 12:54:11

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05813-0

CONTA: 00000001720-5

Nr. Autenticação

BRADESCO403202005000000000237058130000000172067500 PAGO



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL DO PIAUÍ
 RUA MÂO SIRINEU SOUSA LIMA Q.06 L.02, S/N - PARQUE INDUSTRIAL
 PICOS - PI - CEP: 64.605-400
 C.N.P.J.: 07.027.817/0001-00 - Fone: (89) 8817-8047

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

CNPJ

06.862.852/0001-74

ASSOCIAÇÃO
 ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DOS MORADORES DE SANTA CRUZ
 INSCRIÇÃO CLS TAR ECONOMAS NF/CONTA EMISSÃO MES/FAT.
 PAR R-1 RES COM IND PUB OUT 190151583 13/01/20 JAN/2020
0004968.0 1 0 0 0 0 0

JOSÉ WILSON FERREIRA ARAÚJO

BAIRRO DO CAMPO, SN-56

SANTA CRUZ DOS MILAGRES

SANTA CRUZ DOS MILAGRES

PIAUI

CEP: 64.315-000

LOCALIZAÇÃO

13.23.23.0000000851

LOCALIZAÇÃO

ENDEREÇO DE ENTREGA

ULTIMOS CONSUMOS

MÊS FAT CONSUMO OCO DC

JAN/20	08	000 030	8
DEZ/19	13	000 031	13
NOV/19	39	000 030	39
OUT/19	40	000 031	40
NOV/19	31	000 031	31
AGO/19	16	000 030	16
MÉDIA: 00024			

SERVICOS E TARIFAS

COD.	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
001	ÁGUA		3,45
026	TAXA DE PERMANÊNCIA (SN)		5,75
029	OPERADOR		3,00
030	TAXA ADMINISTRATIVA		2,50
033	ENERGIA		1,67

HIDRÔMETRIA

HIDRÔMETRO INSTALAÇÃO LEIT.ANT. DT. LEITURA LEIT. ATUAL DT. LEITURA CONSUMO DIAS/CONSUMO OCO. LEITURISTA
 A12F162442 ***/*** 00760 15/11/19 00768 15/12/19 00008 30 000 000

OBSERVAÇÕES

PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Portaria 3.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos

Período:

Reservatório:	Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Filtor	Co.B. Totais
	Padrão	até 15L/H	6,0 a 8,5	até 5,0 mg/l	até 5,0 T.U.	até 1,5 mg/l	Ausentes
	Otários						
	Clube Análise						

MENSAGENS

2º Via da Conta Mensal

MULTA 24 R.35 ENCARGOS DIÁRIOS 0001 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 29,64
 ** ***, ** EXISTE(M)

VENCIMENTO **15/01/2020** VALOR R\$ **17,37**

CONSUMIDOR

 SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL DO PIAUÍ
 NOME: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAÚJO
 END: BAIRRO DO CAMPO, SN-56 - SANTA CRUZ DOS MILAGRES
 INSCRIÇÃO MÊS/FAT: NF/CONTA VENCIMENTO VALOR
0004968.0 JAN/2020 190151583 15/01/2020 17,37
 0004968.01.20.190151583
 82690000000.9 17371338000.9 49680120190.6 15158300002.2

SISAR/PI

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243-72,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES SENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.219.543-00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES SENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.219.543/00, 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 SOUZA MARTINS</u>	Número	<u>187</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Vale Verde</u>	Cidade	<u>VALENCA</u>	Estado	<u>PI</u>
Email	<u>Jidivan6.dj@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(89) 994122206</u>	Telefone celular (DDD)	<u>999260020</u>

Valenca-PI, 17 de Fevereiro de 2020
Local e Data

José Ivan De Oliveira

Assinatura do Declarante