

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800150-66.2019.8.18.0 x Download file | iLovePDF x + -

tpjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=322517&ica=0eac9a65bd13368c0837ee6b744e2a... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800150-66.2019.8.18.0078 FRANCISCO LEITE DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

9864594 - CONTESTAÇÃO (2719940 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/05/2020 18:51:09

23 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9864593 - CONTESTAÇÃO
 - 9864594 - CONTESTAÇÃO (2719940 CONTESTACAO 01)
 - 9864595 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719940 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9864596 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9864597 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9864598 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

18:51

2719940- C3/ 2020-01856/ INVAIDEZ

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

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

Ativar o Windows

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf

Exibir todos

18:51 23/05/2020



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

Processo: 08001506620198180078

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 **FRANCISCO LEITE 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 **03/03/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 04/10/2018.

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\$ 675,00 (seiscentos 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

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 04/10/2018 após 7 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 03/03/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

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;

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

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\$ 675,00 (seiscentos 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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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)

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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **03/03/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de 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 parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

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.

⁴ 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 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.”

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

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

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.

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

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

VALENCA DO PIAUI, 13 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 GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO LEITE DE SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **VALENCA DO PIAUI**, nos autos do Processo nº 08001506620198180078.

Rio de Janeiro, 13 de maio 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257078 **Cidade:** Angical do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA E FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º QUIRODÁCTILO 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114143/19

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SC

CPF: 028.962.833-40

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUSTAVO
ALBUQUERQUE SOARES
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA : 028.962.833-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 00000026385-7

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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

028.962.833-40

Francisco Gustavo Albuquerque

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

Nome completo:

Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

CPF:

028.962.833-40

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Localidade Tanque

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Angical

Número:

SIN

Complemento:

CEP:

64.410-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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, conforme a legislação, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia renúncia ao direito de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COMPROVANTE DE INDEMNIZAÇÃO
NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
GENTIL DO PEDIDO
RUA COELHO DE SOUZA, 193A
CENTRO - NITERÓI - RJ
CEP: 24020-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ 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.

Local e Data, Angical - PI 20/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190257078 CPF da vítima: 028.962.833-40 Nome completo da vítima: Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva CPF: 028.962.833-40
Profissão: Lavrador Endereço: Localidade Tanque Número: SIN Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Angical Estado: PI CEP: 64.410-000
E-mail: Tel. (DDD): 86199982-3093

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3827 CONTA: 026385 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

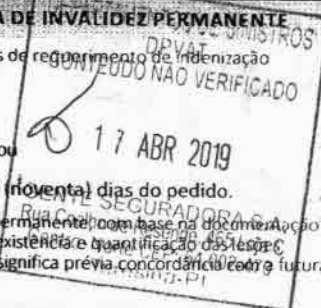
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão
de quem assina
a declaração
de indenização
não é obrigatória

Local e Data, Angical - PI 16/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 193728.000031/2019-09

Unidade de Registro: 11ª DRPC- AGUA BRANCA

Resp. pelo Registro: Roberto Ribeiro Soares

Data/Hora: 20/03/2019 - 10:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ANGICAL DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ANGICAL DO PIAUÍ

Endereço

BR 343 ENTRE ANGICAL DO PIAUÍ E SÃO PEDRO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/10/2018 - 16:12

Bairro

LC TANQUES

512704

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

RG: 3093176 SSP PI

Mãe: MARIA DE JESUS ALBUQUERQUE SOARES

Pai: LUIS FRANCISCO DA SILVA

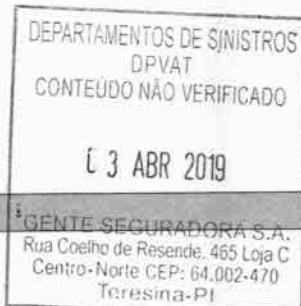
Endereço: COMUNIDADE TANQUES, Nº

Bairro: LC TANQUES

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ

Telefone(s): 94-2416-27

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



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 150	2015	PIN3971	9C2KC1670FR535821	01077296298	Vermelha

Condutor: FRANCISCO AUGUSTO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

End: COMUNIDADE TANQUES Número: Complemento:

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LC TANQUES

Proprietário: MARCOS ANTONIO RODRIGUES DE ABREU

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LC TANQUES

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO SAIU DE ANGICAL COM DESTINO A CIDADE DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ PELA BR 343 E PRÓXIMO A PRIMEIRA ENTRADA QUE DAR ACESSO A CIDADE DE SÃO PEDRO HAVIA VÁRIOS FUNCIONÁRIOS DO DENIT FAZENDO LIMPEZA NO LOCAL E EM SENTIDO CONTRÁRIO VINHA UM CAMINHÃO E DE REPENTE SAIU UM VEÍCULO PEQUENO DE TRAIAS DO CAMINHÃO E PARA NÃO COLIDIR DE FRENTE COM O VEÍCULO TIROU SUA MOTO PARA O ACOSTAMENTO ONDE HAVIA UMA PLACA (CAVALETE) QUE TENTOU DESVIAR DA PLACA MAIS BATEU NA MESMA E TEVE FRATURAS NA MÃO DIREITA E PÉ DIREITO, QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE SÃO PEDRO DE EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. ERA O REGISTRO.

Roberto Ribeiro Soares - Mat. 0094480
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 193728.000031/2019-09



Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

028.962.833-40

Francisco Gustavo Albuquerque

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

Nome completo:

Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

CPF:

028.962.833-40

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Localidade Tanque

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Angical

Número:

SIN

Complemento:

CEP:

64.410-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(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.

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, conforme apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia renúncia ao direito de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
GEMAS DO PEDIDO
RUA COELHO DE SOUZA, 193A
CENTRO - NITERÓI - RJ
CEP: 24010-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

Local e Data, Angical - PI 20/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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: 22/10/2018 20:16:32

(User: MARCO ROCHA)

(Estação: ACCR01)

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

Nome: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL		Prontuário: 492165
Mãe: MARIA DE JESUS ALBUQUERQUE SOARES		Pai: LUIS FRANCISCO DA SILVA
End.Resid.: COMUNIDADE TANQUES - ZONA RURAL - ANGICAL DO PIAUI - PI - CEP: 64410-000		
Nascimento: 26/07/1988	Idade: 30a2m27d	Sexo: Masculino Fone: 86-99424-1627
Responsável: RITA		CNS: 705006253357951
Profissão: NAO INFORMADO		Documento:
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690406	Data: 22/10/2018 19:59:18	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Pele crítica	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM 2 DEDO, FRATURA EXPOSTA, SANGRAMENTO ATIVO. SEM OUTRO TRAUMA.		Profissional Clas. Risco: MARCO ANTONIO VERAS ROCHA COREN 274043 Em: 22/10/2018 20:16:32	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Lesão na mão direita
com ferimentos e dor
no 2 dedo.

RAIC-X REALIZADO
DATA 22/10/18
Técnico: [assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____	CID: ____
Diagnóstico Inicial:				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Levar para o Centro Cirúrgico para cirurgia de urgência.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

[assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Felipe de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5336 1807-1020

[assinatura]
Assinatura - Profissional Médico



DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 22/10/2018 do (a) paciente **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL** o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

- 1 Nome : onde consta FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL para **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA.**

Teresina, 23 de outubro de 2018

Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico

CRM: 3336
União das Freguesias de Teresina-HUT

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3336



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.040.746/0001-85 | Ins. Estadual: 19.301.363-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de inscrição autorizado pela SEFAZ/05/08

Nº da Nota Fiscal 016803649

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

CORTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	28/01/2019	75	46,13

MARCOS ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
LC TANQUE 0 TANQUE
CPF: 00004655135301
CEP: 64.410-000 - ANGICAL DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	2643	Atual:	21/01/2019
Anterior:	2568	Anterior:	21/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	20/02/2019
Consumo Medido:	75	Emissor:	18/01/2019
Consumo Faturado:	75	Apresentação:	21/01/2019
			31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pst	Medida 12 meses
RESID. BX. RENDA MONO		A1704323		1.4.1.1	73

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	
DEZ/18	66	30 A R\$ 0,291393 =	8,74
NOV/18	75	45 A R\$ 0,499543 =	22,47
OUT/18	79		5,64
SET/18	79	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	33,51
AGO/18	80	DIFFERENÇA DE TARIFA	24,23
JUL/18	65	SUBVENCAO BAIXA RENDA	
JUN/18	74		
MAI/18	74		
ABR/18	79		
MAR/18	71		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - R\$ 0,210526			
31 A 75 - R\$ 0,361026			

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 12/2018 40,95
Unidade consumidora sujeita a pagamento do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2019 em função das contas revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor no SPCOM. Informamos ainda existirem contas vencíveis e já revisadas, no valor de R\$ 220,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 34E7.D557.10F0.2A71.AC5E.FB92.1798.7C79

COMPOSIÇÃO DA CORTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,51	Base de Cálculo:	64,72
Energia:	26,09	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,41	Valor do ICMS:	14,23
Encargos:	2,78	Valor do PIS:	0,66
Tratamento:	17,93	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48			
0,00			0,00			0,00			

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

11/2018 10,52



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
3 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-420
Teresina-PI

TC 1.38
20190204130124

MATRÍCULA 13650041-2
FATURA Nº 150371442
MÊS / ANO 2/2019

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep:64019330

LOCALIZAÇÃO 002-00019-002030
GRUPO 002
NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y18S035846

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS / ANO TIPO LIDO FATURADO
01/2019 Lido 16 16
12/2018 Lido 20 20
11/2018 Lido 24 24
10/2018 Lido 16 16
09/2018 Lido 16 16
08/2018 Lido 17 17

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 04/01/2019 69
ATUAL 04/02/2019 91
CONSUMO 115 M3 22
LEI 12.741/2012
PIS. PASEP 94,24*1,65% = 1,55
COFINS 94,24*7,60% = 7,16

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10 2,8450 65
10 25 5,3000 65
25 999999 9,1500 65
NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
DESCRÇÃO
VALOR REFERENTE AGUA - 92,05
> Residencial-Normal 22,0 m3 92,05
JUROS POR ATRASO 12/2018 0,59
MULTA POR ATRASO 12/2018 1,60

VENCIMENTO 18/02/2019
TOTAL A PAGAR 94,24

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após o prazo do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
conforme Lei Federal nº 11.450/07. Em 10 dias após a suspensão, o cliente deverá entrar em contato com a empresa para regularização.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,63	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	744	744	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:01

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 ABR 2019

TC 1.38 20190204130124

ÁGUAS DE
TERESINA

AGÊNCIA SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MATRÍCULA 13650041-2
FATURA Nº 150371442
MÊS / ANO 2/2019

VENCIMENTO 18/02/2019
VALOR A PAGAR 94,24

8265000000-3 94241535000-1 00201915037-0 14420100104-3



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados por meio de boleto bancário.

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

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

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

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procondonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Gustavo Albuquerque Soares Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.962.833 / 110

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Gustavo Albuquerque Soares Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.962.833 / 110, 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 Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento:
Bairro: <u>Vermelha</u>	Cidade: <u>Terresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64019-330</u>	
		Tel.(DDD): <u>(86)99982.3093</u>

Local e Data: Terresina - PI 22.03.2019

Maria do Carmo Procondonio da Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, marcos Antonio Rodrigues de Araujo

RG nº 3.026.542, data de expedição 05/06/07

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 046.551.353-01

com domicílio na cidade de Angical, no Estado de

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

localidade Tanque, nº SIN

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

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

Francisco Gurtavo Albuquerque Soares Silva, cujo o condutor era

Francisco Gurtavo Albuquerque Soares Silva

Veículo: moto Modelo: HONDA/CB 150 START Ano: 2015

Placa: PIN-3971 Chassi: 9C2KC1670FR535821

Data do Acidente: 22/10/18

Local e Data: Angical-PI 20/03/2019

marcos Antonio Rodrigues de Araujo

Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Alton

NOME DO PACIENTE: Francisco Gustavo Albuquerque Soares Sbr.
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492165

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 22/10/2018 20:16:44

(MARCO ROCHA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL		Prontuário: 492165	
Mãe: MARIA DE JESUS ALBUQUERQUE SOARES		Pai: LUIS FRANCISCO DA SILVA	
End.Resid.: COMUNIDADE TANQUES - ZONA RURAL - ANGICAL DO PIAUI - PI - CEP: 64410-000			
Nascimento: 26/07/1988	Idade: 30a2m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99424-1627
Responsável: RITA		CNS: 705006253357951	
Profissão: NAO INFORMADO		Documento:	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690406	Data: 22/10/2018 19:59:18	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

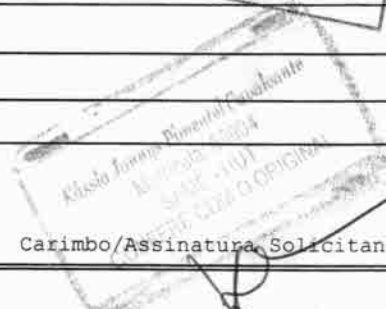
Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA – DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/10/2018 HORA: 16:12 Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICIPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Pauline Rocha

CRM: -PI 7306

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Francisco Gustavo Albuquerque

Data de Nascimento 26.07.1988 Idade: 30 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 898 0037 33331321

Município de Procedência Angical do Piauí

HDA: Fratura exposta de 2ª art. da mão @. Paciente consciente e orientado. ACR: Sem alteração. Abdomen inerte.

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 – Espontânea
3 – Comandos
2 – À dor
1 – Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 – Orientado
4 – Confusa
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 – Obedece a comandos
5 – Localiza dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal
1 – Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: 88 bpm R: _____ mrm PA: 120x70 mmHg Sat O₂ 98% Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

() Oxigênio () Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Drª Pauline Rocha
MÉDICA
CRM: 7306

Assinatura e carimbo do Médico



HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica/Posto: _____ Senha: 1046289 AUT 398041065



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Francisco Vinícius Albuquerque Soares Neto</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta do 2º dedo de mão @</i>		
Operação - Tipo <i>LMC + fixação</i>		
Cirurgião <i>Ricardo Valença</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Dr. Ricardo Valença</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM: 3766 - TEOT: 11305</i>	Anestesia	
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>22/12/13</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>2 mm</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>/</i>		
Acidente Durante a Operação <i>/</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Ponto em DOH com bloqueio de dor + robô
- ② Antérmico + compressa
- ③ Proteção de campos estéril
- ④ Desbridamento + LMC com SF 9,35 em alveolar
- ⑤ Fixação com fio de Kirschner
- ⑥ Sutura de pele
- ⑦ Curativo

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22/10/13

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Albuquerque Soares</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>492165</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura exposta do fêmur</u>	CIRURGIA: <u>inc + fixação</u>
ANESTESIA: <u>local</u>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>—</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Verismon</u>	CPF Nº:

Dr. Ricardo
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEO: 11385

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>3.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	UNID.	05	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	01					
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	3.0	03.					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
UNID.
13 ABR 2014
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Esta é uma cópia original
CONFERE COPIA ORIGINAL
Vg

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO

402105

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP LEITO

ENF. OU AP

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

	CODING
--	--------

22/10/18

DIETA ORAL LIVRE

SE 0.9% 500 ml EV AO DIA

BANITIDINA 50 MG- A AMP + AD. EV. 8/8 H

DIBIPONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

5	TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12H
---	-------------------------------------

IBAMA	100 MG + 100 MI	SF 0.9%	IV. 8/6 H
-------	-----------------	---------	-----------

-CEEAL OTINA 1G + AD EV 6/6 H

o.SSW e CCGG

~~Dr. David
Medico
RM-PI/6474~~

AYENCARD

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3796 - FEFOR 11305

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 ABR 2019

GENTE SEGURO S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL** (Prontuário:
Endereço: COMUNIDADE TANQUES - ZONA RURAL - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000
Nascimento: 26/07/1988 Idade: 30a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690406
Requisição: 885598 Solicitação: 22/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1097607 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/10/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura nas falanges do 2º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura nas falanges do 2º dedo.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/01/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



*Atestado de Atendimento
Médico: Gerson Luis Medina Prado
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUARIO:83960 NOME DO PACIENTE: FRANCISCO GUSTAVO ALBURQUERQUE NASC:26/07/1988
RAÇA:099 IDADE:30 Anos, 2 Meses e 26 Dias.
SEXO:M TELEFONE MOVEL:??? TELEFONE FIXO:???
CEP:64410-000 MUNICIPIO (RESID): ANGICAL DO PIAUI UF:PI IBGE: 2200608
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO:ANGICAL DO PIAUI UF:PI
ENDEREÇO:RUA ANGICAL - nº 0 BAIRRO: CENTRO
CNS:8980037333332RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI:
NOME DA MÃE: MARIA DE JESUS ALBURQUERQUE SOARES

OK

DADOS DO ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

Furúnculo exposto em 1ª quimodactile da mão (7)

HISTORICO CLINICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

- Duplicação do horário de infusão
- Tramadol 100mg + 100ml SFO, 97. # 16:33
harmio

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

C 3 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

POLEGAR

Pauline Rocha
CRM 7306 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br

www.saopedrodopiaui.pi.gov.br

3190

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DISTRITO FEDERAL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL
 DPT - INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

16

Francisco G. A. Soares Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.093.176 DATA DE EXPEDIÇÃO 14-08-2009

NOME FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

FILIAÇÃO Luis Francisco da Silva Maria de Jesus Albuquerque Soares

NATURALIDADE Angical do Piauí-PI DATA DE NASCIMENTO 26-07-1988

DOC. ORIGEM C.Cas. Nº 38281, Fls. 106, Liv. B-0129, 7º OF. Ceilândia-DF

CPF 028.962.833-40

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 ABR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FILIAÇÃO
LUIZ PROCEDIMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
29/04/2003

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910



PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

OBSERVAÇÕES
A

Maria do Carmo Procedimio da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

70615801046
PI320021300

ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO
ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
3 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257078 **Cidade:** Angical do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA E FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG4

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Casado	Profissão: Lavrador
Identidade nº: 3.093.176 SSP/PI	CPF nº: 028.962.833-110	
Endereço: Localidade Tanque O zona Rural de Angical- PI		
CEP: 64410-000	Telefone: (86) 99982.3093	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 22/10/18 para a Vitima Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva



Angical-PI 20/03/2019

Local e data



Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

- Vitima ou Representante Legal -



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114143/19

Número do Sinistro: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SC

CPF: 028.962.833-40

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUSTAVO
ALBUQUERQUE SOARES
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA : 028.962.833-40

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa