

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800250-92.2020.8.18.0 x Merge PDF files online. x

Não seguro | tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=416005&ca=8dd48fa0840e976b08... 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 0800250-92.2020.8.18.0140 MARIA DE FATIMA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...

9864614 - CONTESTAÇÃO (2722019 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/05/2020 19:11:38

23 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9864613 - CONTESTAÇÃO
 - 9864614 - CONTESTAÇÃO (2722019 CONTESTACAO 01)
 - 9864615 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2722019 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9864616 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9864617 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9864618 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

19:11

Microsoft Word - 2722019_CONTESTACAO.doc 1 / 9

2722019- C3/ 2020-01970/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Ativar o Windows
Faça a configuração de seu computador para

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf Exibir todos x

19:12 23/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08002509220208180140

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 **MARIA DE FATIMA COSTA** e outros, 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 **22/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/08/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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)

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 **22/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

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.

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%.

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 Nº 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.”

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

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 pátrios⁶, 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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO 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).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 22 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 cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o 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 **MARIA DE FATIMA COSTA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08002509220208180140.

Rio de Janeiro, 22 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

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) acima 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 na próxima fatura.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maria de Fatima Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 433964

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".

**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

- Neves (art)
- Ar. Geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 22/06/2019 10:57:33

(Usuário: CAMILA BOTELHO)

(Estação: CONSULTA)

Nome: MARIA DE FÁTIMA COSTA		Frontuário: 433964	
Mãe: MODESTINA RIBEIRO DA COSTA		Pai: FRANCISCO LUIZ DE SOUSA COSTA	
End. Resid.: RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
Nascimento: 28/10/1975	Idade: 43a7m25d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99906-9906
Responsável: O MESMO		CNE: 700200440533927	
Profissão: DOMESTICA		Documento: CPF: 504.722.323-04	
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 727606	Entrada: 22/06/2019 10:45:04	Convênio: S O S	Proced: 0301063029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA TORACABDOMINAL	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: motociclista com resalo de colisão com motociclista queixando dor sacral, encaminhada imediatamente para a sala de procedimentos		Em: 22/06/2019 10:50:12 IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES CRM 157546

SSVV:

(Hora: _____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ORIENTADA, FÁSICA, CONSCIENTE.

A) VIAS AERIAS PÉRVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 64 BPM, SAT O2: 98%, FR 16 IRPM.

C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, DOLOROSO A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE. PA 120X70

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.

E) PCT SEM ESCORIAÇÕES, APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM COLUMNA LOMBAR.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1245062) - T.C. DE Pelve
(1245063) - US DE ABDOME TOTAL
(1245065) - COLUMNA LOMBAR

Prescrição Médica:

① Tramadol 50mg 1 ampola + 100ml SF 0,9% (Apore)

② SF 0,9% - para manter veia

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: / /

x *Rafael Vieira da Silva*

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Camila Botelho
MÉDICA
CRM-PI 7212

CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE
7212 Em: 22/06/2019 10:57:33

22/06/19

#001#

Trechos fenderos que cubren todo fondo

Ex. fenderos-

608-15, sem diferenciar

T.C. cubren fenderos-

- fenderos compunha L1 - L50% com
enrolamentos por entrecruz, sem
fragmentos no ar

HQ: Fenderos L1 - Edinacel

En: Analises + cubre de fenderos

Antonio Carlos Silva
Nascimento
Cargo de Celante
CRM-21.3720





PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Carimbo

leite

NOME DO PACIENTE <i>Maria de Fátima Costa</i>		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA <i>P.02</i>	ENF. ou APT. <i>105</i>	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Fratura L1 - AAA - (E)</i>			DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE NEURO	
ALERGIAS <i>cr = Salicilato ester</i>						
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO		OBSERVAÇÕES	
1. Dieta branda					# Cr. Guxol 27/06/19 às 14:04	
2. SF 0,9% 2000ml EV dia					Paciente com TRA - lesão de L1	
KCl 10% - 10ml/soro					vítima de acidente de moto há 3h	
3. Ranitidina 1amp + AD EV 8/8h					Abd: Dorosa a palpação profunda	
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)					em andar inferior.	
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)					rc de abd: sem líquido livre, sem	
6. Fenitoína 2ml + 10ml AD EV 8/8h					pneumoperitônio.	
7. Haldol 1amp IM (SOS)					CD: Aos cuidados do neuro	
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV (SOS)					sem necessidade de abordagem	
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM					cirurgias de urgência.	
10. SSVV 6/6h					+ orientação da Guise	
11. Naxogen 5mg VO 1h/1h					2h30h verificando S.V.	
12. Tildiem 1mg + 10ml 2h/2h					PA 124/70mmHg - P: 76bpm	

MÉDICO/CRM:



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Local da Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção			
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais			
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso Radial	28 Sangramento			
Assistência	29 Dor	30 Fratura			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	35 Observações Interdisciplinares	36 Responsável pela recepção			



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

241619

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

216985

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 241619
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DE FATIMA COSTA				6 - Prontuário: 433964					
CNS:	700200440533727	8-Nascimento:	28/10/1975	9-Sexo:	Feminino	CPF:	504.722.323-04		
11-Mãe:	MOESTINA RIBEIRO DA COSTA				12-Fone:	86-99906-9906			
13-Resp:	(O MESMO)				14-Cor:	Parda			
15-Endere:	RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-000					18-UF:	PI	19-CEP:	64000-000
16-Munic:	TERESINA		17-Cod.IBGE:	221100					

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, NEGA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ORIENTADA, FASICA, CONCIENTE.
PCT SEM ESCORIAÇÕES, APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM COLUNA LOMBAR.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:
EXAME CLÍNICO + TC DE CRÂNIO
(Informação Posterior)

24-CID Prim: 25-CID Sec.: 26 CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040114	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	Tempo SUS 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 963.249.613-20	Dr. Marcus Vinícius O. dos Santos CRM: 3950 Coordenador - Neurocirurgia Hospital de Urgência de Teresina
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 22/06/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 24/06/19	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): Celso Feres Ferreira Filho Assessor de Auditoria ORCA/ARMS CRM-PI 1433 - CPF 763.363.637-9 CNS 32966666666666666666
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Maria de Fatima Costa</i>		Usuário: MARIA VAS Consulta Local: 727600 Consulta SUS: Impressão: 22/06/2019 12:16:23		

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 216985 AIH: 2219100438027
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700200440533727	NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA COSTA	NASCIMENTO 28/10/1975	SEXO F	PRONTUÁRIO 433964
DOCUMENTO CPF 86999560900	TELEFONE 86999560900	NOME DA MÃE MODESTINA RIBEIRO DA COSTA	RESPONSÁVEL A MESMA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA FORTALEZA QUADRA R1	NUMERO / LOTE 06		
BAIRRO PARQUE BRASIL II	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA USO DE CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA, ORIENTADA, FÁTICA, CONCIENTE, PCT SEM ESCORIAÇÕES, APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM COLUNA LOMBAR.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FÍSICO / T.C. DE COLUNA LOMBAR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S320 - FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0303040114 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA CPF: 96324961320 CRM:	
LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA			
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 22/06/2019		
DATA ADMISSÃO 22/06/2019 10:45	DATA ALTA 24/06/2019 15:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ERICA PATRICIA CHAVES CPF: 89670341349 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: DATA ANALISE: 22/06/2019 12:21:35
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64011-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 50649 - Em: (24/06/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
241610	433964	MARIA DE FATIMA COSTA	28/10/1975	POSTO 2	ENFERMARIA 105	1A22	LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR
Evolução:			Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:		
Hora:			Bezentou		TGM - FRATURA DE L1 ASIA E		
<i>ASIA E, GSCIT, MIP</i> <i>Col. Super. d. m. / d. m. e. m. e. m.</i>							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Raon.:	Di. Vol.:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA, Visto Nut. Análise Dietética						
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD	50,00	mg	EV	8/8h		
3	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 5ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	8/8h		
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h	1,00	Ampola	EV	6/6h		SF 0,9%
7	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD
8	CAPTAPRIL 25MG SE PA>160/110mmHg	2,00	Comprim	Oral	8/8h		
9	DIAZEPAM 5MG	1,00	Comprim	Oral	12/12h		
10	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h		

15h. Paciente de alta hospitalar.

Atestado de Alta Hospitalar
Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Farmacêutico

22 06
 18 24 06 12

Observações Gerais:

CARACTERÍSTICA FÍSICA: BOA. SINTOMATOLOGIA: DOR AGUDA - SINTOMAS VITAIS REGULARES - HEMODINÂMICA ESTÁVEL

Dr. João Alfredo
 Neurologista
 CRM 14.470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. OLLo Cito 1620 Redenção - Fone: 96 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA COSTA (Prontuário: 433864)**
 Endereço: **RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-000**
 Nascimento: **28/10/1975** Idade: **43a7m25d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **727606**
 Requisição: **968219** Solicitação: **22/06/2019** Solicitante: **CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE**
 Controle: **1245062** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 22/06/2019

T.C. DE Pelve

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL

RELATÓRIO:

- CÁLCULO NO GRUPO CALICINAL INFERIOR DO RIM DIREITO, MEDINDO 0,3 cm.
- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- FLÉBOLITO PÉLVICO À DIREITA.
- FRATURA COMPRESSIVA DO CORPO VEREBRAL DE L1.

(PRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/06/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



**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: **MARIA DE FATIMA COSTA** (Prontuário: **433964**)
 Endereço: **RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-000**
 Nascimento: **28/10/1975** Idade: **43a7m25d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **727606**
 Requisição: **968224** Solicitação: **22/06/2019** Solicitante: **CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE**
 Controle: **1245067** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 22/06/2019

T.C. DE COLUNA LOMBAR

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMPRESSIVA DO CORPO VERTEBRAL DE L1, COM IMPACÇÃO DO PLATÔ VERTEBRAL SUPERIOR E NOTANDO-SE RETROPULSÃO DO MURO PÔSTERO-SUPERIOR, QUE COMPRIME A FACE VENTRAL DO SACO DURAL E REDUZ A AMPLITUDE DO CANAL RAQUIANO.
- ESPONDILOSE LOMBAR.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS.
- PARTES MOLES PARAVERTEBRAIS EUTRÓFICAS.

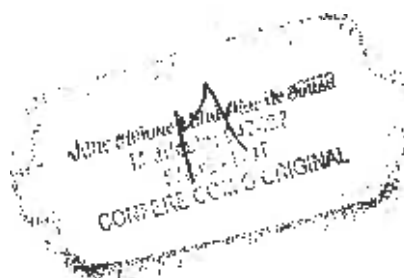
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/06/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Maria de Fátima Costa
 Data do Acidente: 22-06-2019 CPF da vítima: 504.722.323-04
 Portador da documentação: Maria de Fátima Costa
 Qualificação do Portador: ☒ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador: Rua Fátima 29 - Brasil A 201
 Número: 005 Complemento: Casa Bairro: Parque Brasil
 Cidade: Teresina UF: Pi CEP: 64012-015 Telefone: (86) 99498-2980
 E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Na impossibilidade de apresentar o laudo do IML: Declaração de Ausência de Laudo presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais, tutor ou curador)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 19/11/2019
 Identidade: 1226-112
 Assinatura: Maria de Fátima Costa

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. pode ser pai ou mãe.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 19/11/2019
 Nome: PATRICIA GARCIA
 Assinatura: [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190640229 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1ª VÉRTEBRA DA COLUNA LOMBAR. P4, 9, 10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190640229 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1ª VÉRTEBRA DA COLUNA LOMBAR. P4, 9, 10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401595/19

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA

CPF: 504.722.323-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DE FATIMA COSTA : 504.722.323-04

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: 14/11/2019
Nome: MARIA DE FATIMA COSTA
CPF: 504.722.323-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

MARIA DE FATIMA COSTA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190640229

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA

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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190640229

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **MARIA DE FATIMA COSTA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000044302-6**

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



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

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

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 02029 CONTA: 00044302

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003278/2019-15

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Rasp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 27/08/2019 - 13:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA ALZAIR CARVALHO, Nº:

Complemento

Bairro

PROMORAR

Ponto de Referência

VIADUTO ATACADÃO

Data/Hora

22/06/2019 - 10:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: MARIA DE FÁTIMA COSTA

RG: 1226112SSPPI

Mãe: MODESTINA RIBEIRO DA COSTA

Endereço: RUA FORTALEZA Q.R-1, C.6, Nº

Complemento: I

Bairro: FARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9986-0900

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/POP100, COR VERMELHA, ANO 2015/2015, PLACA PIL-4285, DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO NÃO IDENTIFICADA COLIDIU NO VEÍCULO-I QUE MOTIVOU O ACIDENTE, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL. A NOTICIANTE VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº433964 É O REGISTRO.

Edvar F. Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat.
AGENTE DE POL.

Maria de Fátima Costa
MARIA DE FÁTIMA COSTA - Noticiante
Responsável pela informação

Essey Kelly Leal Pereira
Essey Kelly Leal Pereira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196335-7

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

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

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 02029 CONTA: 00044302

AGÊNCIA: CONTA:

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nel nascem)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000044302-6

Nr. da Autenticação D954CE30CE7196F6