



09/06/2020

Número: **0805076-64.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **23/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSARIA FERREIRA DA ROCHA (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10166363	09/06/2020 09:37	CONTESTAÇÃO	CONTESTAÇÃO
10166366	09/06/2020 09:37	2724607_CONTESTACAO_03	CONTESTAÇÃO
10166370	09/06/2020 09:37	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E DOCUMENTOS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08050766420208180140

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 **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA**, 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 **29/06/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/09/2018**.

Cumprido 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 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 20/09/2018 após 3 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 29/06/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;



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!

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

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)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ.

Descrição do exame físico: EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQ- FLEXÃO DE 70 GRAUS; TORNOZELO ESQ -FLEXÃO DORSAL= 15 GRAUS, FLEXÃO PLANTAR = 25 GRAUS, ABDUÇÃO =15 GRAUS, ADUÇÃO =15 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018, HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ
FEITO LMC + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRAT DA TIBIA E SQ.
EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO ESQ.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelae permanentes: Limitação funcional do joelho e tornozelo esquerdos.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vítima possui sinistro anterior (24/01/2019) e já foi indenizada em: 15% (12,5% trnz E + 2,5% 4º PDE). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao dano em tornozelo esquerdo indenizado anteriormente, de modo que o "PI" ora estabelecido é referente ao dano funcional em joelho esquerdo.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

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

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

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), 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 **29/06/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/06/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000013944-0

Nr. da Autenticação B6F995EB6F94777F

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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%.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL 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.”



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.

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

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.”

⁸art. 1º. (...)

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



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

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

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

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

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, 28 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 bapo					



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 **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08050766420208180140.

Rio de Janeiro, 28 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 09:37:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060909373498600000009658132>
Número do documento: 20060909373498600000009658132



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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315069

Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000013944-0

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.

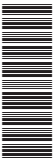
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta_15R - INVALIDEZ

00030290





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:
	882.589.393-00	ROSARIA FERREIRA DA ROCHA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF: 882.589.393-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
AUTONOMA	RUA AGENDOR VELOSO	2131
Bairro:	Cidade:	Estado:
LOURIVAL PARENTE	TERESINA	PIAUÍ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	64.023.285	86-98851-3666

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)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 13944

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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

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 digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Teresina, 02 de maio 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosária Ferreira da Rocha

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

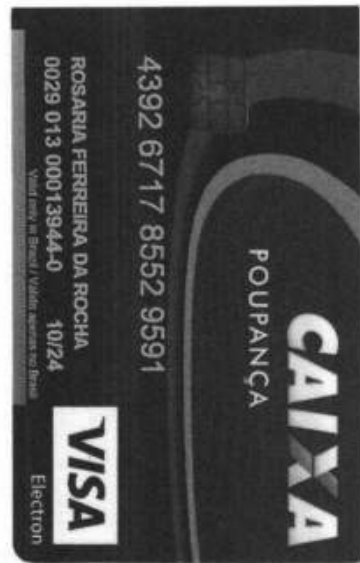
2ª | Nome: _____

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.

FPS.001 V001/2018



[Handwritten signature]
SECRETARIA DE SEGURANÇA
Recebido em: 09/05/2020





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003327/2018-39

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 20/09/2018 - 09:54

Unidade Policial Responsável

DADOS DA OCORRÊNCIA

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

Data/Hora

CRUZAMENTO

29/06/2018 - 16:50

Município

TERESINA

Endereço

Bairro

MARQUÊS

RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº;

Complemento

Ponto de Referência

PRAÇA DO MARQUÊS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

RG: 1654012 SSPPI PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEÇÃO MONTEIRO

Pai: SEBASTIÃO DE SOUSA MONTEIRO

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8885-0113

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA

RG: 1836362 SSPPI PI

Mãe: EVA ROCHA DA SILVA

Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8843-3335

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA ALCIDES FREITAS SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODY-8804-PI, RENAVAN 464785634, PROPRIETÁRIA DORALICE BARBOSA DE SOUSA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA PIRES DE CASTRO ADENTROU À VIA PREFERENCIAL COLIDINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 08 SD 4044 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 161711, RELATA AINDA O NOTICIANTE QUE Sra. ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA QUE ERA TRANSPORTADA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, TAMBÉM CAIU E FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4043 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 227253, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897
AGENTE DE POLÍCIA

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Boletim de Ocorrência emitido em: 20/09/2018 09:54 - SisBO@2011-2018 471

"DOCUMENTO ORIGINAL"

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 09/10/2019

Página 1/2





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

668 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003327/2018-39

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 20/09/2018 09:54 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 2/2





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: 882.589.393-00 Nome completo da vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA CPF: 882.589.393-00
Profissão: AUTONOMA Endereço: RUA AGENOR VELOSO Número: 2131 Complemento:
Bairro: LOURIVAL PARENTE Cidade: TERESINA Estado: PIAUI CEP: 64.023-285
E-mail: Tel.(DDD): 86-98851-3666

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)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 13944 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 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 ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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 digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data: Teresina, 02 maio 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosaria Ferreira da Rocha

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

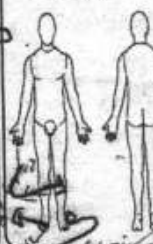
2ª | Nome: _____

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.

FPS.001 V001/2018

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 4043	02 Data do chamado 29/06/18	03 PRO (código) 28997	04 Saída do PA 17.00	05 Chegada ao local 17.02
	06 Saída do local 17.32	07 Chegada ao 1º. hospital 17.42	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Povoado de Castro / Monte Freitas				
	11 Bairro Marques	12 Município-UF		Código IBGE	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência rua				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	14 Nome Rosário Feneira da Rocha				
Tipo de Ocorrência	16 Idade 40 22.08.72	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	18 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 Agressão física-espantamento 03 Agressão física-FAF 04 Agressão física-FAB 05 Urgência psiquiátrica 06 Tentativa de suicídio 07 Envenenamento 08 Afogamento 09 Queimadura 10 Choque elétrico 11 Queda 12 Urgência clínica 13 Urgência obstétrica 14 Transferência 15 Exames complementares 16 Outros				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado		22 Equipamentos de segurança ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - A dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 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 - Nenhum				24 Sinais Vitais Pulso 102 Resp. 110 PA 110 x 50 TAX. 99 SatO2 99
Exame Físico	26 Pupilas 1 1 - Iguais 2 - Desiguais		25 Local da lesão 		
	27 Pulso Radial 1 Central ☐ 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento ☐ 1 - Sim 2 - Não		29 Dor ☒ ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 Muito Intensa	
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 1 Exposta 1 Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Francha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☒ Glicemia ☐ Oxigênio ☒ Calor cervical ☒ Reanimação cardiopulmonar ☒ Acesso Venoso ☒ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☒ Medicamentos a) 500ml b) 1mg + 8ml 40 jk		
	32 Hospital de Destino HUF		33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Florado 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
	Dr. Thiago Lustosa Medico PI 6638 Socorristas Medico Dirigimian Enfermeiro maria Condutor Nelson Resposta verbal: 5-Orientada, 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-Nenhum. Sinais vitais: Pulso 102, Resp. 110, PA 110 x 50, TAX. 99, SatO2 99. Exame físico: 26-Pupilas 1-Iguais, 2-Desiguais, 27-Pulso Radial 1-Chelo, 2-Fino, 3-Ausente, 28-Sangramento 1-Sim, 2-Não, 29-Dor 1-Intensa. Assistência: 30-Fratura 1-Sim, 1-Exposta, 1-Fechada, 2-Não, 3-Suspeito, 31-Procedimentos realizados (1-Sim, 2-Não): Aspiração, Francha longa/curta, Imobilização de extremidades, Glicemia, Oxigênio, Calor cervical, Reanimação cardiopulmonar, Acesso Venoso, Curativos, Kred, Assistência obstétrica, Medicamentos a) 500ml, b) 1mg + 8ml 40 jk. Hospital de Destino: 32-Hospital de Destino, 33-Condições de entrada 1-Melhorado, 2-Florado, 3-Inalterado. Óbito: 34-Óbito 1-Sim, 2-Não, Antes do socorro, Antes do transporte, Durante o transporte.				



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: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000013944-0

Nr. da Autenticação B6F995EB6F94777F



SEU CODIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.940.748/0001-80 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Folha Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SCA/PI 01/09

Nº da Nota Fiscal 018714325

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
RCO/2019	15/03/2019	274	299,90

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEICAO MONTEIRO
R. AGENOR VELOSO, 231 LOURIVAL PARENTE
CPF: 000106811-3
CEP: 64.023-335 - TERESINA RGT: 5.001.00.25.103750
DADOS DA LEITURA KWH

DADOS DA LEITURA		ROT: 5.091.09.25.103750	
Atual:	38527	Atual:	08/03/2019
Anterior:	38253	Anterior:	07/02/2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	08/04/2019
Consumo Medido:	274	Emissão:	07/03/2019
Consumo Faturado:	274	Apresentação:	08/03/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	NONO	A765202		1.1.1.1	361

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
FEV/19	357	CONSUMO	274 A R\$ 0,927609 = 254,16
JAN/19	299	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	20,50
DEZ/18	442	MULTA POR ATRASO (2X)	13,46
NOV/18	446	JUROS POR ATRASO (2X)	11,78
OUT/18	448		
SET/18	380		
AGO/18	437		
JUL/18	292		
JUN/18	346		
MAI/18	302		

Mes/Ano Valor R\$ 02/2019 368,66

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
5493.C78A.5150.9FE6.3F50.96BF.8FCC.FF40					
Distribuição:	49,32	Base de Cálculo:	254,16	185,54	
Energia:	95,28	Alíquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	16,13	Valor do ICMS:		68,62	
Encargo:	10,16	Valor do PIS:	1,41%	2,61	
Tributos:	83,27	Valor do COFINS:	6,49%	12,08	

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conteúdo	Período de análise: 01/2019						Euro:	0,00

RECIBIDA CORRECTORA DE SEGUROS
Recibido por: 09/05/19



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DORALICE BARBOSA DE SOUSA MORAIS,

RG nº 4.592.089, data de expedição 24/09/2013

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 746.809.373-72, com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ABENOR VELOSO, LUIZIVAL PARIENTE, nº 2131,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROSANIA FERNANDA DA NOVA cujo o condutor era

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN

Ano: 2012

Placa: ODV 8804

Chassi: 9CZJC4120CR565087

Data do Acidente: 29.06.2018

Local e Data: Teresina PI 23/07/2018

RECEBIDO
09/05/19

5º Ofício

Doralice Barbosa de Sousa Morais

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
3º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela Pública
Teresina - Piauí

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (08) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DORALICE BARBOSA DE SOUSA MORAIS. DOU FE. EM 23/07/2018. DA VERDADE. TERESINA-PI, 23/07/2018. Emol.: 3,71 Total: 4,71 Selo: ABD. 48332 (F350P144)

ROSELANE DE SOUSA PIMENTEL - ESCRIVENTE

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
Roselane de Sousa Pimentel
Escrivente Comp. Teresina-PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas, Registro e Arquivos

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABD-48332





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DOCUMENTO
EDIDA CONTROLADA DE SEGUROS
emitido em: 09/10/2020

NOME DO PACIENTE: Rosaria Ferreira da Rocha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 227253

COMPETÊNCIA
DE SEGUROS

10 OUT 2020

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

ORTOPEDIA (2)

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA		Prontuário: 227253	
Mãe: EVA ROCHA DA SILVA	Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA		
End. Resid.: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 22/08/1977	Idade: 40a10m7d	Sexo: Feminino	Fone: 86- 8811-7994
Responsável: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA	CNS: 203450301620001		
Profissão: DO LAR	CPF: * RG: 1836362 - SSP PI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Concubinato		
End. Local: - - -			

Imp: 29/06/2018 18:00:31

(User: MARIA SILVA)
(Estação: RECEPCAO01)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672070	Data: 29/06/2018 17:58:00	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

17h50 min
Paciente vítima de acidente motociclístico há 1h
(A) Vias aéreas permeáveis, fônea, com calar cervical (B) Empúrnica, MVS bilateralmente
nem RA (C) Normocorada, normocorada, abdômen plano, m. de (D) Glasgow 15,
PIR (E) Fixado em pontos, possibilidade de fratura em punho e pé esquerdo

IUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPLETADA

EXAME: CECOMETALPELVE

DATA: 29/06/2018 19:10h

Dr. Italo Lustosa
Médico
CRM-PI 55228

PA: X mmHg	Pulso: 55	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial: TRAUMATISMO	CID:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Sobito Raro x de punho, tornozelo, pé esquerdo, TC de crânio,
calvaria cervical, punho

RAIO X PUNHO
DATA 29/06/2018

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar a Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
OBITO:	☐ Até 24 Hs	☐ Família	DATA SAÍDA: / /
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	HORA: : :
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	
DESTINO:			☐ Internação na Unidade
			Proced. Solicitado:
			CID Compatível:

IN CORRETORA
DE SEGUROS
19 OUT 2018
Prof. Solicitante
Internação:
DPVAT

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



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

Imp: 29/06/2018 18:00:31
(MARIA SILVA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ROSARIA FERREIRA DA ROCHA	Prontuário:	227253
Mãe:	EVA ROCHA DA SILVA	Pai:	ALMIR FERREIRA DA SILVA
End.Resid.:	RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	22/08/1977	Idade:	40a10m7d
Sexo:	Feminino	Fone:	86- 8811-7994
Responsável:	ROSARIA FERREIRA DA ROCHA	CNS:	203450301620001
Profissão:	DO LAR	Documento:	RG: 1836362 - SSP PI
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	Concubinato
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	672070	Data:	29/06/2018 17:58:00	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	29/06/18	ESPECIALISTA:	OMOPEDIN
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA - MORTO em colisão com a parede de uma loja, no Bulevar FIE - em Teresina de Piauí, acidente.			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

Dr. Eduardo Régis de A. Bona Miranda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 46912-0
MÉDICO SOLICITANTE

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__:__	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

10 OUT 2013

DPVAT





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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850952 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052723 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 29/06/2018

PERNA ESQUERDA

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

- Fraturas no terço médio diafisário da tíbia e fíbula esquerdas.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

[Assinatura]
RECIBO DO CORRETOR DE SEGUROS
Recebido em: 09/07/2018





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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850952 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052724 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/06/2018

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850953 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052726 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/06/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

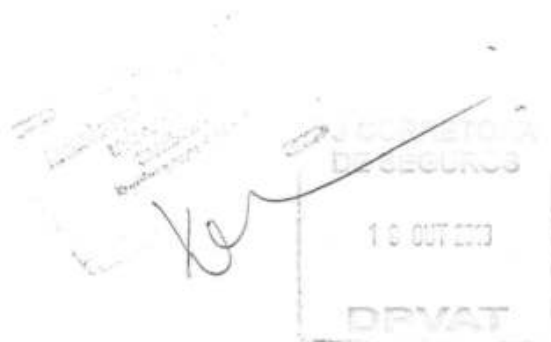
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/06/2018

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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m7d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850954 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052727 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 29/06/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/06/2018

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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850972 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 1052752 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/06/2018

OMBRO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850972 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 1052753 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/06/2018

OMBRO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

AG CORRETORA
DE SEGUROS

19 OUT 2018

DPVAT



**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: **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA** (Prontuário: 227253)
Endereço: RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/08/1977 Idade: 40a10m13d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672070
Requisição: 850952 Solicitação: 29/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052725 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 29/06/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO

Nome:

ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Admissão:	29/06/2018	B.E.:	672070	
Hora:	17:58	IDADE:	40a10m7d	
Espec.:		H D:		
Setor:	P A	KAN BAN:	I	
Gerenciamento de Risco:	Risco de Queda:	Risco de Ulcera por Pressão:	Risco de Flebite:	Usa Pulseira:
Intervenções:				

WJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 OUT 2013

DPVAT





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Regina Sena da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Fratura exposta 4º PDE + fratura fechada 5º PDE

Operação - Tipo

LMO em lençol 4º PDE.

Cirurgião

Dr. Cláudio

1º Assistente

Dr. Lucas

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Fernando

Anestesista

Dr. João

Anestesia

Fogel

Anestésico(a)

Data da Operação

29/06/18

Início

22:00

Fim

23:05

Diagnóstico Pós-operatório

Op. concluída

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

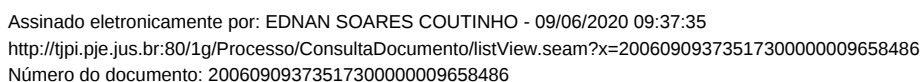
- ① Pte em DRE sob raquianestesia
- ② Dmxpx e antmxpx
- ③ Colocação campo estéril
- ④ LMC em lençol exposta 4º PDE com solo fixado e/ou catenclante.
- ⑤ Redução simples.
- ⑥ Curativo estéril
- ⑦ Enfiar tela gesso em foto longa.

Mod. 76 HUT





MOD 76 - HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04.04.18

NOME DO PACIENTE: Rosineir Ferreira da Silva PRONTUÁRIO Nº: 227253

DIAGNÓSTICO: CIRURGIA:

ANESTESIA: Dr. Fere Pacheco e Vinício Nº DA SALA: 06

CIRURGIÃO: Dr. Daniel CPF Nº:

AUXILIAR: Dr. Ricardo CPF Nº:

ANESTESIA: Ryne CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Silene CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6.5	PAR	01	
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	1	
JELCO Nº	UNID.	1		Exame	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletrich - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				G. w - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Dreno suco 2.2 - Daniel			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:			

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 09:37:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060909373517300000009658486>

Número do documento: 20060909373517300000009658486

Num. 10166370 - Pág. 24

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Ramaria Rescia de Rocha</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura de tíbia exposta</i>		
Operação - Tipo <i>Reparo + fixação</i>		
Cirurgião <i>Dr. Durval Tercio Nunes Leal</i>	1º Assistente <i>Dr. Rêgo</i>	
2º Assistente <i>Durval Tercio Nunes Leal</i> ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 / CRM-MA 3535	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Selma</i>	Anestesista <i>Environ</i>	Anestesia <i>Rigel</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>04/09/18</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>fratura tíbia</i> <i>fratura tíbia</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

ND

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
19 OUT 2013

DPVAT

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Realizada sob Anestesia Geral
Assistência + Anestesia Geral
colocação curios, acesso ao
1/3 veia da tíbia, reparo
+ fixação com 2 parafusos
utilizando sutura, curativo*

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3535

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA: 09/02/22	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA	ALTURA				
DOS. URÉIA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO					
ELETROCARDIOGRAMA					
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
ASMA					
BRONQUITE					
SISTEMA DIGESTIVO					
SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL					
CORTICOIDES					
ATARAXICOS					
OUTROS					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
FÍSICOS					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					
APLICADO AS					
EFEITOS					
TOTAL DE DOSES					
AGENTES ANESTÉSICOS					
OXIGÊNIO					
LÍQUIDOS					
TEMPERATURA					
P. ARTERIAL					
V. O. PULSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO					
SÍMBOLOS					
DURAÇÃO					
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
INCIDENTE - ACIDENTE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					
PARTICULARIDADES					

MOD 76 - HUT





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente ROCHA, JOSEFA DA ROCHA
Diagnóstico pré-operatório FRATURA DE HUMERO
Operação - Tipo FRATURA DE HUMERO
Cirurgião Durval Tercio Nunes Leal
2º Assistente Dr. Tercio
1º Assistente Dr. Tercio
3º Assistente

Instrumentador(a) _____ Anestesista _____ Anestesia _____
Anestésico(a) _____

Data da Operação _____ Início _____ Fim _____

Diagnóstico Pós-operatório FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO

Relatório Imediato do Patologista _____

Acidente Durante a Operação ND

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

FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO
FRATURA DE HUMERO

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PT 1995 / CRM-MA 3635

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 OUT 2013

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 OUT 2013

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO			
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			

MOD 76 - HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/06/18NOME DO PACIENTE: Isadora Ferreira da Rocha PRONTUÁRIO Nº: 227481

DIAGNÓSTICO: _____

ANESTESIA: RaquelCIRURGIA: amcCIRURGIÃO: Dr. LuisNº DA SALA: 06AUXILIAR: Dr. Lucas

CPF Nº: _____

ANESTESIA: Dr. Jairo

CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Gerardo

CPF Nº: _____

CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI N:24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	91	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	07		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Globo N: 20	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				atraso de captação	-	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				algodão antipédis	-	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0		02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Heitor</u>			

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 09:37:35

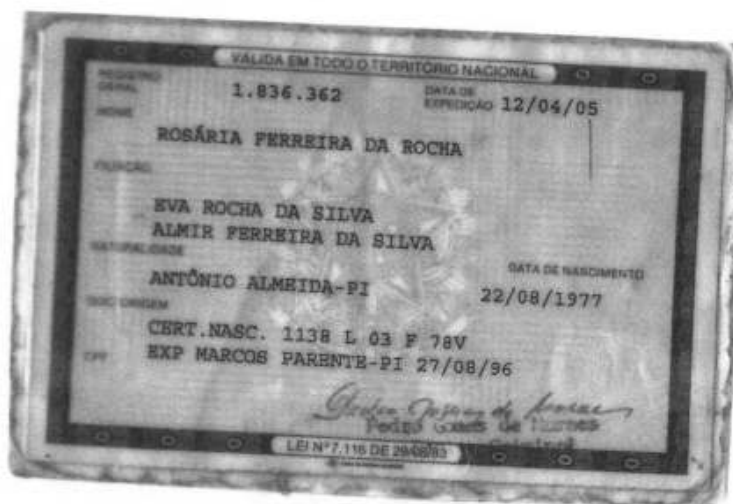
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060909373517300000009658486

Número do documento: 20060909373517300000009658486

Num. 10166370 - Pág. 30



[Handwritten Signature]
MEDIDA CORRETORA DE SEGURANÇA
Recebido em: 09/05/19





882.589 393-00

Rosária Funcha de Azevedo

22/08/1977



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190315069**

Nome do(a) Examinado(a): **ROSARIA FERREIRA DA ROCHA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Agenor Veloso, 2131 - Lourival Parente - Teresina - PI - CEP 64023-285

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1836362**

Data e local do acidente: [**29/06/2018**]

R PIRES DE CASTRO ,B= MARQUES ,TERESINA-PIAUI

Data e local do exame: [**29/05/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018,HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO E

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

[☒] Sim [☐] Não

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018,HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E FEITO LMC + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRAT DA TIBIA E EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO E JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E- F DE 70 GRAUS COM PERDA DE 50 % TORNOZELO E -FD=15,FP=25,AB=15,AD=15,COM PERDA DE 50 %

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO E

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO E

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E- F DE 70 GRAUS COM PERDA DE 50 % TORNOZELO E

-FD=15,FP=25,AB=15,AD=15,COM PERDA DE 50 %



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ.

Descrição do exame físico: EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQ- FLEXÃO DE 70 GRAUS; TORNOZELO ESQ -FLEXÃO DORSAL= 15 GRAUS, FLEXÃO PLANTAR = 25 GRAUS, ABDUÇÃO =15 GRAUS, ADUÇÃO =15 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018, HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ
FEITO LMC + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRAT DA TIBIA E SQ.
EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO ESQ.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho e tornozelo esquerdos.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vitima possui sinistro anterior (24/01/2019) e já foi indenizada em: 15% (12,5% tnz E + 2,5% 4º PDE). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao dano em tornozelo esquerdo indenizado anteriormente, de modo que o "PI" ora estabelecido é referente ao dano funcional em joelho esquerdo.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA. FERIMENTO CORTO CONTUSO NO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO,
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO E MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA, A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA NÃO EVIDENCIA AGRAVAMENTO DA SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA. FERIMENTO CORTO CONTUSO NO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315069 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ.

Descrição do exame físico: EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQ- FLEXÃO DE 70 GRAUS; TORNOZELO ESQ -FLEXÃO DORSAL= 15 GRAUS, FLEXÃO PLANTAR = 25 GRAUS, ABDUÇÃO =15 GRAUS, ADUÇÃO =15 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018, HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA ESQ
FEITO LMC + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRAT DA TIBIA E SQ.
EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO + TORNOZELO ESQ.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelae permanentes: Limitação funcional do joelho e tornozelo esquerdos.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vítima possui sinistro anterior (24/01/2019) e já foi indenizada em: 15% (12,5% tnz E + 2,5% 4º PDE). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao dano em tornozelo esquerdo indenizado anteriormente, de modo que o "PI" ora estabelecido é referente ao dano funcional em joelho esquerdo.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315069

Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

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,

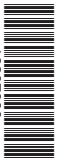
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14298296

Pag. 00793/00794 - carta_01 - INVALIDEZ

00020397





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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315069

Vítima: ROSARIA FERREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01129/01130 - carta_02 - INVALIDEZ

00060565



Carta nº 14349596

