



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

Processo: 08005346420198180034

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/02/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular³, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

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

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

³"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviçais ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal⁴.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

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 07/02/2018 após 1 ANO 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 25/02/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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.

⁴Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº [\(2009.001.20283\)](#), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. “*Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece.*”

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, CPC⁵.

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\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, após a regulação do sinistro.

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

⁵“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: 3190120806

Cidade: Barro Duro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DO HÁLUX DIREITO.
FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (ÚMERO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

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\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 25/02/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

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:	26/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.700,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000025203-0

Nr. da Autenticação C9C7DB8E8F10418A

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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETECENTOS REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

⁶RECURSO 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.

⁷**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 pátrios⁸, 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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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

⁸“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰art. 1º. (...)

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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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,

AGUA BRANCA, 29 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexó 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 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 bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **AGUA BRANCA**, nos autos do Processo nº 08005346420198180034.

Rio de Janeiro, 29 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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Vicente Vitorino de Sousa Filho

RG nº 443660, data de expedição 40/10/99

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185.699.513-53

com domicílio na cidade de Agua Branca, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida João Ferreira nº 354

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

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

Francisco Alves de Sousa, cujo o condutor era

Francisco Alves de Sousa

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 Titan KS Ano: 2004/2001

Placa: LUY-7454 Chassi: 9C2JC30101R100985

Data do Acidente: 25/02/18

PI CORRETORA
DE SEGUROS

12 FEV 2019

DPVAT

Local e Data:

Vicente Vitorino de Sousa Filho

Assinatura do Declarante



Vicente Vitorino de Sousa Filho

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Wilson Barbosa Pereira
Osteal
São Pedro do Piauí-PI

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE: VICENTE VITORINO DE SOUSA FILHO, TENDO O MESMO COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTIDADE E CPF, FEI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO. A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 07 DE FEVEREIRO DE 2019

WILSON BARBOSA PEREIRA-TABELIAO.



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Data Nasc: 13 / 09 / 1953
Filiação: MÃE (completo e sem abreviações) MARIA TERESA DE SOUSA
PAI: ZACARIAS TITO ALVES DE SOUSA
Sexo: Masc ☒ Feminino ☐ Raça/Cor: _____ Telefone () _____ IBGE MUN. 2200202
Endereço completo: AV. NÉCIO TEIXEIRA, 90 Nº. _____
Bairro: CENTRO Município: ÁGUA BRANCA CEP: 64460-000
Nacionalidade: _____ Nome do Munic. de Nascimento: ALTO LONGA UF PI

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

TIPO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS (OBRIGATÓRIO) Nº. 89800514343260.1
X) RG Nº 4498838 ORGÃO EMISSOR: SSPPS DATA EMISSÃO: 30/11/2016
() CPF: Nº. _____ CERT. NASC. OU CASAMENTO Nº. _____ LIVRO: _____
NOME DO CARTORIO: _____

Histórico Clínico:

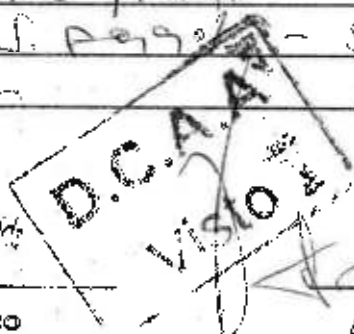
1. Queixa principal: dor no abdômen, náusea e vômito.
2. História de doença prévia: hipertensão arterial sistêmica.
3. Tratamento em uso: medicação para hipertensão.

Exames Físicos: Exame físico geral satisfatório, sem alterações.
Exame abdominal: dor no quadrante superior direito.

Hipótese Diagnóstica: Doença da vesícula biliar.

Tratamento Solicitado: medicação para dor e vômito.

Dr. Francisco Alves de Holanda
Médico
CRM 2075

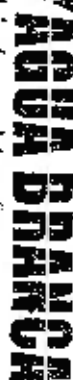


Água Branca (PI), 25/10/2018

Assinatura e Carimbo Médico

Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA

HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO VERDE

Mais desenvolvimento pro nosso povo C.N.P.J. 03.022.132/0001-02

Leito:

Data: 26 / 2

Leito:

INTERPRETOR
SEGUROS

123

17 FEB 2019

Francisco Javier de Solís

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	# Fratura de Úmero (E) #		Ass. 15 pont. sobre o braço no vinte, ele sentiu 15 pt de comprimido no pulso. —
1.	Sf0991. 500ml EV + 1g 15min	12:15	P.N. 160/70mm. —
2.	Imprimos. - 1amp + 100 EV 6h	14:15	PA = 110 x 60 mm Hg.
3.	Diclofenaco - 1amp 12/12h	18:15	medic. deficiente. ele no 14/15
4.	Ground 100mg > EV		02:05. 35 Pulso 110. 110/70
	Sf0991. 500ml		em macilento no 15 de manhã med. de 15 em 15 feito medicamento de 15 branco e amarelo. PA 120 x 80 mmHg

Francisca Auridéia Gonçalves
Téc. em Enfermagem
COREN - PI 1085.111

100, rue de l'Éclairage
 100, rue de l'Éclairage
 100, rue de l'Éclairage

D.C.A.A.
Visto



C.N.P.J. 03.022.132/0001-02

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA

HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO VERDE

24/10

airco

DE

12 FEB 2019

DPV

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Ac. Linales		paciente está bem em repouso
2	SE 091 - 1007		11:35 h. PA 120x80 PR 4 Tax 36:90 17h30 PA 130/80 mm
3	Transderm	18:00	
4	Spec		

D.C.A.A.
Visto

Encl - 230/04



GOVERNO
DO PIAUI

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 25/06/13 HORA: 14:25 Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: UNSDMAV MUNICIPIO: Aguá Grande
MÉDICO: Dr. Holanda GRM: 2075

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO _____
() Obstetrical (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____
10.542.7

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Fernando Alves da Silva Souza Pré - 0408020334

Sexo: ☒ Masculino () Feminino

Nome: Prômio Lopes da Silva Sexo: ☒ Masculino () Feminino
Data de Nascimento: 13.08.53 Idade: _____ anos

Data de Nascimento 19.08.55 Idade: _____
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 89800514343.2601

Município de procedência Água Branca. PI

CPF: _____
Município de Procedência: Água Branca - RJ
HDA: Acidente - vítima de acidente de trânsito -
Lesões - Queimaduras no dorso das mãos e
Sint - Apresentação de ferimentos de 13 metros do vulto Est.

FRID: Fratura do cuneo esquerdo CID

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

4-Espontânea

3-Comandos

2-Å dor

1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5-Orientado

4-Confusa

3-Palavras inapropriadas

2-Palavras incompreensíveis

1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6-Obedece a comandos

5-Localiza dor

4-Movimento de retirada

3-Flexão anormal

2-Extensão anormal

1-Nenhuma

SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS
Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HGV/SERVIÇO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuario
Teresina, 12/03/2008

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.G.V.

Senha: 2018 0225 49478

17 FEB 2019

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/02/88
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONÓSTICO MAR. 012005/0

347

ARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Cirurgia

230-4

Francisco Alves de Sousa

TE. 20.07.18

MAIO 2018

Dr. Themistocles

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

PRONTUÁRIO MÉDICO

Alta
23.03.18

ALTA EFETIVADA NO SISTEMA 23/03/18

AUDITORIA
CONFERIDO
05/05/18

ON TOP
03/18

ATENDIMENTO
CONFERIDO
04 JUN 18

04.06.18
Renata
Faturista

04 JUN 2018
HÓSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
EM 23/05/18

Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 230-4

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPI**

AIH : 221810102859-4
UNI : HGV

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

NASCIMENTO
13/09/1953

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

DLIBERA: 04/04/2018 DT. LAUDO: 12/03/2018
PROCB.: 0419010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS
OP. SIST: GILDETE
CID: S427

ASS. Coord. dos Serviços
de Saúde
Dr. Themistocles Ramos
CRM-2298-TCO-19374
EMPRESA TRAMITANDO

Identificação do Paciente

5 - Nome: **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

6 - Prontuário: **347.143**

7 - CNS: **898005143432601**

8 - Nascimento: **13/09/1953**

9 - Sexo: **M**

CPF: **184.418.773-00**

11 - Mãe: **MARIA TERESA DE SOUSA**

12 - Fone: **86-9.99355646 / 999477104**

13 - Resp: **JAKSON DE OLIVEIRA NUNES**

14 - Cor: **sem ident**

15 - Endere: **AV NEGÓ TEIXEIRA**

19 - CEP: **64460-970**

16 - Munic: **AGUA BRANCA**

17 - Cod. IBGE: **220020**

18 - UF: **PI**

RG: **44988-18**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Trauma aberto em dor e
perda funcional*

21 - Condições que justificam a internação:

necessário intervenção cirúrgica

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

Amo Expro Trauma

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S427**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURAS MÚLTIPLAS DA CLAVÍCULA, DA OMOPLATA [ESCAPULA] E DO UMERÓ

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERÓ

29 - Clínica:

30 - Carater:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

CL. CIRURGICA II

02

1

CPF

38673924391

33 - Nome Profissional / Assistente
THEMISTOCLES RAMOS NETO

34 - Data de Solicitação:
12/03/2018

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajet.

Vitúcio com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47 - Data Autorização:

04/04/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

Marcondes Mendes S. Moura
Ass. Coord. dos Serviços
de Saúde

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X Jakson de Oliveira Nunes

Usuário: **JE.SUS.SOLSA**
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão: **18:09:58**

**HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/04/18
Edna Maria Antunes Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019055-2**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

AIH : 221810102563-5
UNI : HGV

Orgão Emissor: 1221100001

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

D. LIBERA: 02/04/2018

PROCED.: 0408020393

OP. SIST: GILDETE

CID : 5423

DE LAUDO: 21/03/2018

TRATAMENTO CIR. CIR. GILDETE

OP. SIST: GILDETE

CID : 5423

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5 - Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

7 - CNS: 898005143432601

8 - Nascimento: 13/09/1953

9 - Sexo: m

11 - Mãe: MARIA TERESA DE SOUSA

12 - Fone: 86-9.99355846 / 999477104

13 - Resp:

14 - Cor: sem ident

15 - Ender.: AV NEGÓ TEIXEIRA

0

CENTRO

19 - CEP: 64460-970

16 - Munic: AGUA BRANCA

17 - Cod. IBGE: 220020

18 - UF: PI

RG: 44983-18

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente sofreu dor no ombro

21 - Condições que justificam a internação:

fratura de umero

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

Rao x

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: 5423

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA DIÁFISE DO UMERÓ

Procedimento Solicitado

1 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMERÓ

29 - Clínica:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

30 - Caracter.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 69360448320

33 - Nome Profissional / Assistente

JUSTIANIO CACIO LEAL TEIXEIRA

34 - Data de Solicitação:

21/03/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajet.

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

02/04/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (FG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:



Usuário: RAIMUNDA VIDAL

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 11/03/18

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Almeida Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO PAT. 019065-9



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



Órgão Emissor: M221100501

SECRETA
HOSPI

AIH : 221810102859-4
UNI : HGV

26971

0598024

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CNS: 898005143432601

DATA

D. LIBERA: 04/04/2018

DT. LAUDO : 12/03/2018

RAÇA/COR:

ETNIA

PROCEB. : 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

NOME DA MÃE: MARIA TERESA DE SOUSA

OP. S157: GILDETE

CID : 5427

RESPONSÁVEL: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

ASS. REQ

ENDEREÇO: AV NEGO TEIXEIRA

MUNICÍPIO: AGUA BRANCA

UF: PI

CEP: 64460970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU	0408020334
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	0415010012
CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO
FRATURAS MULTIPLAS DA CLAVICULA, DA OMOPLATA [ESCAPULA] E DO UMERU	
CID REL. PROCED	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
	null	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
	null	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
	null	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

SOLICITO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA 0415010012.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

4.13.04.017-8 - L97: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA;

*04.08.06.016-6 - M866: OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

MARCELO LOPES MACHADO

15/03/2018

Nº DOCUMENTO DO MED. SOLICITANTE

CNS ☒ CPF ☐ 980016293715522

Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-0

(1) OSTECTOMIA (OSTEOMIELITE) OSSOS PE (1) — 040806016-6
(2) DESBRANQUEAMENTO LESÕES EXTENSAS CI PERDA DE
SUBSTÂNCIA PE (1) — 0413240178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ LEITO: 230-04 PRONTUÁRIO: 342 443
NOME: P^{co} Alva de Sousa DATA NASC: ____/____/____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Base 5^a metatarso pe (1) e/osteomielite
extensas fleumatos pe (1)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia + debridamento pe (1)
CIRURGIÃO: Marcelo Lopes Nº SALA: 102
AUXILIARES: J^{os} de Sampaio CRM PI: _____
INSTRUMENTADOR(A): Fátima CIRCULANTE: Antonia
TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) P^{co} de base 5^a metatarso (2) Injeção 2g, 5v
(3) Clavícula + ap^{co} (4) Osteotomia + debridamento pe (1) (5) debridamento pe
destrutivos pe (1) (6) Osteotomia Base 5^a metatarso - ORC (7) Linc 21 STAP
OR (8) Anestesia (9) Bca perf. dupl.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não houve
Rancho, extensor 4^o e 5^o POD
pela presença de
músculo da
perna

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: P^{co} - osteotomia + debridamento Anest. pe (1)
PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA ML
PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: (X) SIM () NÃO QUAL? cultura x creus

DATA: 15/03/2018 HORA: _____
CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM PI 4271 / TEOT 13046

MOD. 14 - NOV UBS: Colhido material p/ cultura

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT. 0190554

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:		LEITO DE RECUPERAÇÃO:					
DATA:	15/03/18	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A:				10:50	ALERGIA A:
CIRURGIA REALIZADA:							
TIPO DE ANESTESIA:		Ragans + rede-000					
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'		
P.A.	101/62/75						118/63
F.C./PULSO	50						63
TEMPERATURA							
OXIMETRIA	98%						97

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCALA DA DOR
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	1		2	
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1		2	CONTROLE OXIGENOTERAPIA () PUNÇÃO VENOSA CENTRAL () SONDA NASOGÁSTRICA () SONDA NASOENTRAL () SONDA VESICAL DE DEMONSTRAÇÃO () DRENO DE KIEFER () DRENO PENROSE () DRENO TORÁX () DRENO SUÇÃO () DRENO LAMINAR () COLOSTOMIA () GASTROSTOMIA () TRAQUEOSTOMIA ()
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1	2		2	
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 21 - 40% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2		2	
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2		2	
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	8		10	RESPONSÁVEL PELA CUIDAGEM:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

pts. Paciente no 1º de observação + desobediência p.d.,
consciente, orientado, eufórico, eufórico,
HV para, com SSV exteais, eufórico para
eufórico.

Livia Barbosa Félix
COREN-PI 96507 - ENF

Entregue:	() EX. LABORATORIAIS	() RX	() RECEITA MÉDICA	() ATESTADO MÉDICO	() F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	() UTI	() R	() ENFERMARIA	() EXTERNO	

Anestesiologista - CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO: DAT: 019065-0

12

BOUTIN DE CHAUGIA

Abundance: 598024

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

Q135: Cellulose material p/ culture

Dr. Marcelo Loper
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Jockey
Ribeirão Preto - SP - 13060-970
FONE (16) 3333-1234

CHURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
EM 23/04/88
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO DAT: 013065-8



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Francisco Alves de Sousa SEXO ☒ M ☐ F Idade: 64a Data Nascimento: 13/09/53
Cirurgia Proposta: Amputação de membros + fratura de fêmur
Cirurgião: _____

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR	☐ HAS	☐ Palpitação	☐ Edema MMII	☐ Dor precordial	☐ Mercapaseo	☐ Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	☐ Dispneia	☐ Tosse	☐ Asma	☐ Cianose	☐ Hemoptise	☐ Aftose
SISTEMA DIGESTIVO	☐ Dor epigástrica	☐ Gastrite	☐ Refluxo	☐ Hepatite	☐ Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	☐ Disúria	☐ Polúria	☐ Dor lombar	☐ DUM (mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	☐ Diabetes	☐ Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLOGICO	☐ Anemia	☐ Sangramentos	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	☐ Alergias	☐ Herpes	☐ Transfusão sanguínea			
SISTEMA LOCOMOTOR	☐ Fraq. muscular	☐ Dor articular	☐ Patol. coluna	☐ Déficit locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	☐ Convulsão	☐ Dismale	☐ Cefaléia	☐ Parosteas		

OBS: _____

Medicamentos em Uso: insuf

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: insuf
Intercorrências: _____
Hemotransfusão: _____
Antecedentes Familiares: _____
☒ Tabagismo ☒ Etilismo ☒ Uso de Tóxicos ☒ Alergias: _____

EXAME FÍSICO

Estado Físico: Boa EG: Boa Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ FC: _____
Avaliação via aérea: _____ Maltampati: _____ Mobilidade pescoço: boa Dentes: protese Unificação ATM: ☐
Distância esterno/mento: ☐ < 12,5cm ☒ > 12,5cm Coluna Vertebral: movel sup
SCV: _____
SR: _____
Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: _____ (%) HB (g%): _____ Plaquetas (mm3): _____ TTPa: _____ TP: _____ INR: _____
Ionograma (K): _____ Na: _____ Ca: _____ K: _____ Outros: _____
Glicemia: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____
RX do Tórax: _____
ECG: _____
Risco Cirúrgico: _____
Parecer Cardiológico: _____
Outros Exames: _____

CONDUTA:

Liberado: ☐ SIM ☒ NÃO Observação: Recomendo solicitar em lab -

ORIENTAÇÃO:

Jejum: Sim
Medicação: nao
Cuidados: _____
Anestesia Proposta: Anestesia Geral + tra Raqui e tra Bloqueio de

Data consulta: 14.03.18 Hora: 09h

Assinatura Médico / CRM / Carimbo: Manuela Ribeiro Vargas
CRM: 2719

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO: MAT: 0100554



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ANESTESIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Francisco Alves de Sousa
Prontuário: _____ Nascimento: 13/09/53 Estado Civil: _____
União do SUS: _____

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____

Responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença Artrite de Umbral
e Artrite de Pó

pretendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de Rogui anestesia e/ou
Bloqueio de Pêlo Inguinal e/ou Anestesia
geral

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

1. Bronecapto
2. Unafilona
3. JAM AVEITOP
4. PCR
5. Orto

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilização está em conformidade com a Lei 8.079/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 48 e 60.

Terceira (PI), 14 de março de 20 18.

x

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Mahelá Ribeiro Velloso
214710

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Prof. Barão, 2392 - Centro-Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 85-3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 01965-3

REQUISIÇÃO DE PARECER

230-4
64 anos

NOME:

FRANCISCO RUIZ DE JESUS

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Oftalmologia

A CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

7

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

DATA:

13.03.18

Lauro
TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1000

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

64 anos
Assia AP
Assia Cardiopatia
Assia angina / dispnéia
cardíaca / Htns. 97
AP 16
ECG não encontrado
Cd: ① ECG

Dr. Lucas Gonçalves
Cl. Médica / Cardiologia
CRM-PI 1000

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

A: 13.03.2018

11 - HGV

SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
O VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

230-4

NOME:

INCLUSO NOME DE JOÃO

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Oftalmologia

À CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

pos ECG

DATA:

14/03/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

MEGA VALVULA

SE QUELHA CARDIOPATIA

Nonocárdica moderada

ECG = Normal

Baixo Risco para procedimento
Oftalmológico

DATA:

14/03/18

Dr. Antônio ...
C. ...
Cirurgião 2035

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

EM 23/03/18
Edna Maria ...
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019066-0

Paciente: 347443 - FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Idade: 64

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: THEMISTOCLES RAMOS NETO

Conselho / Número Cons.: CRM 2798

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 598074

Leito: CLICIR II RUE ENF-230 Admissão: 12/03/2018 18:06

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 396230 (FECHADO)

Responsável: ROZIRENE ARAUJO SILVA - COREN 339320 / ENFERMAGEM

Data de Referência:

23/03/2018

Data/Hora do Documento:

23/03/2018 10:33

EVOLUI COM H.D.A. FRAT. UMIERO E NO 7º DPO+ 2º DPO DE UMIERO: SEGUE LÚCIDO, EUPNÉICO, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM APORTE DE O2. FÁSICA, PELE E MUCOSAS CORADAS. REPOUSO AO LEITO, ABDOME SIMÉTRICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. FO EM BOM ASPECTO. DIETA V.O ACEITANDO PARCIALMENTE. DIURESE ESPONTANEA PRESENTE.

ROZIRENE ARAUJO SILVA
COREN 339320

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040

Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:

598024

Prontuário: 347443 **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

Endereço: AV NEGÓ TEIXEIRA

0 CENTRO

Cidade: AGUA BRANCA

UF:PI CEP: 64460-970

Sexo: M DT. Nasc: 13/09/1953 (Idade: 64 Anos 5 Meses 27 Dias Estado Civil: S Profissão: APOSENTADO

Cadastro: 12/03/2018 Telefone: 86 9993.55646 Cartão SUS: 898005143432601 CPF: 18443877200

Pai: ZACARIAS TITO ALVES DE SOUSA

Mãe: MARIA TERESA DE SOUSA

Cônjuge:

Responsável: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

Endereço: ADALBERTO SANTANA

0 CENTRO

Cidade: 3159

UF:PI CEP: 64460-970

Jesus

Funcionário do SAME:

Queixa Principal:

Dores no ombro

(E)

H.D.A.

Paciente com fratura diáfise umero

(E)

Ant. Pessoais:

Nega

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Nega

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

fratura diáfise umero

(E)

Plano Terapêutico:

Osteossintese

Data / Hora: / / :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Dr. Justino, Cécio
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1312

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/09/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 01500592



FRANCISCO ALVES DE
SOUZA

Data do Estudo: 2018-03-

13

ID do Paciente: 347443

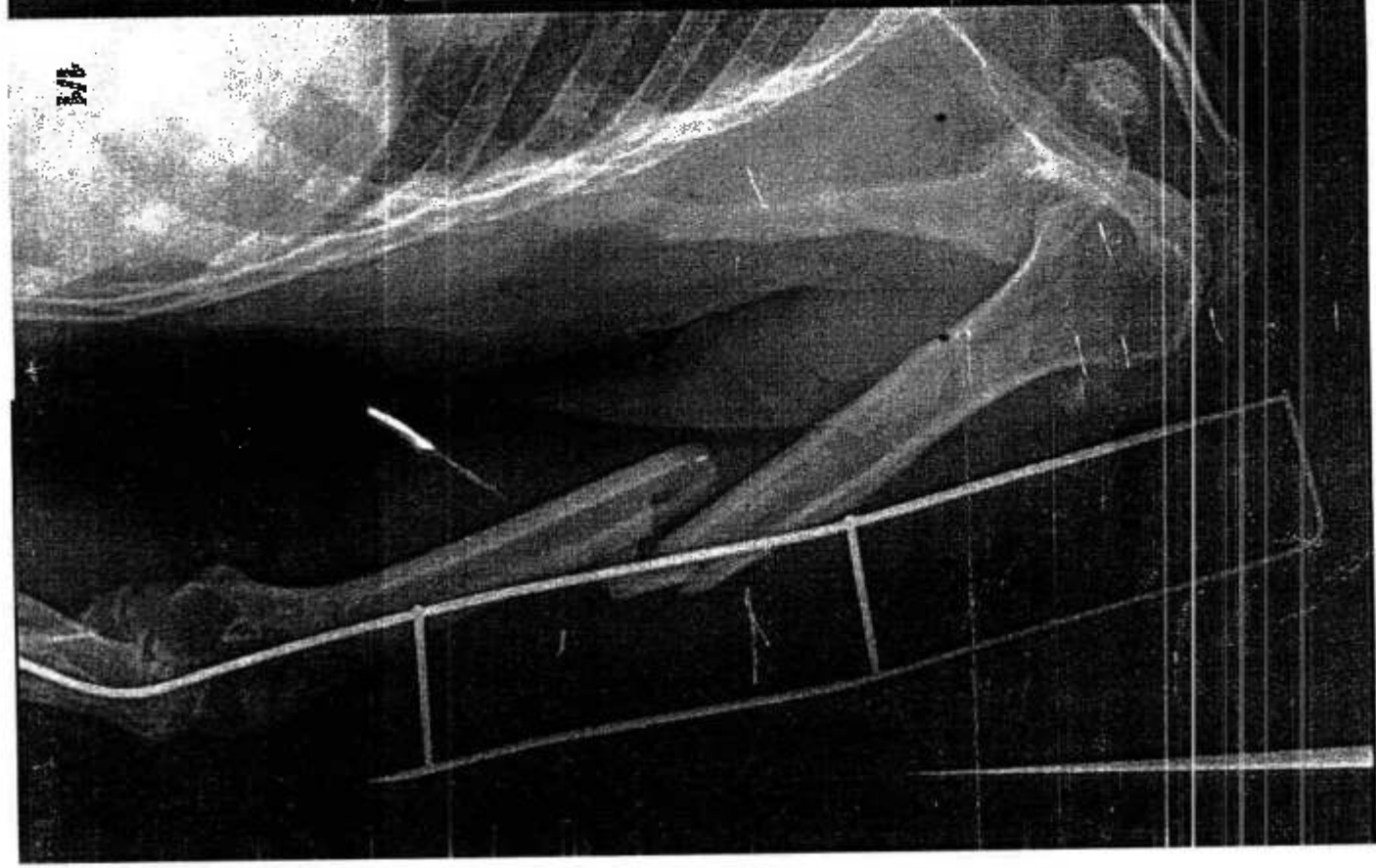
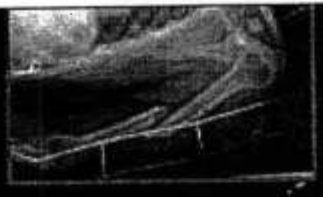
ID do

Estudo: S-JEPR2NU5.1

Study Description:: Úmero

Serie Descrição

1 AP



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Euna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT 012066-2

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data do Estudo: 2018-03-13

ID do Paciente: 347443

ID do

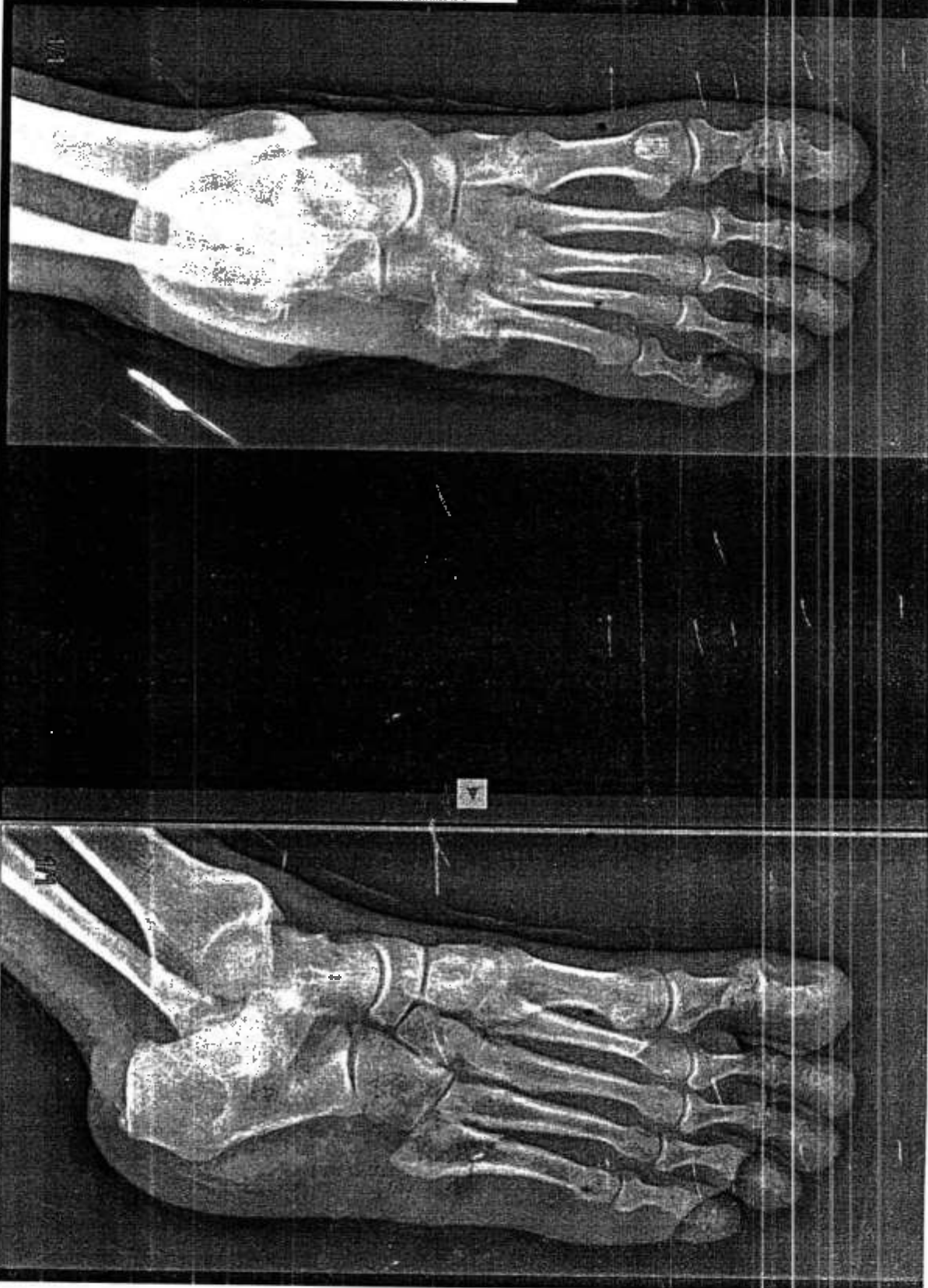
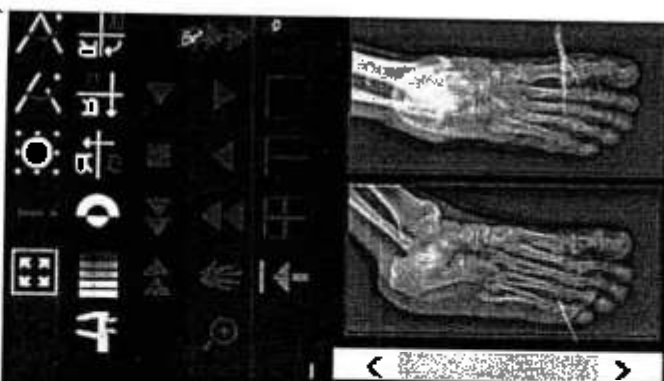
Estudo: S-JEP7FET.1

Study Description: Pé D

Serie Descrição

1 AP

2 Obliqua

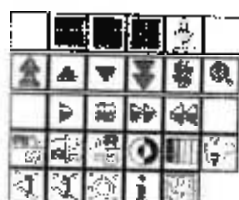
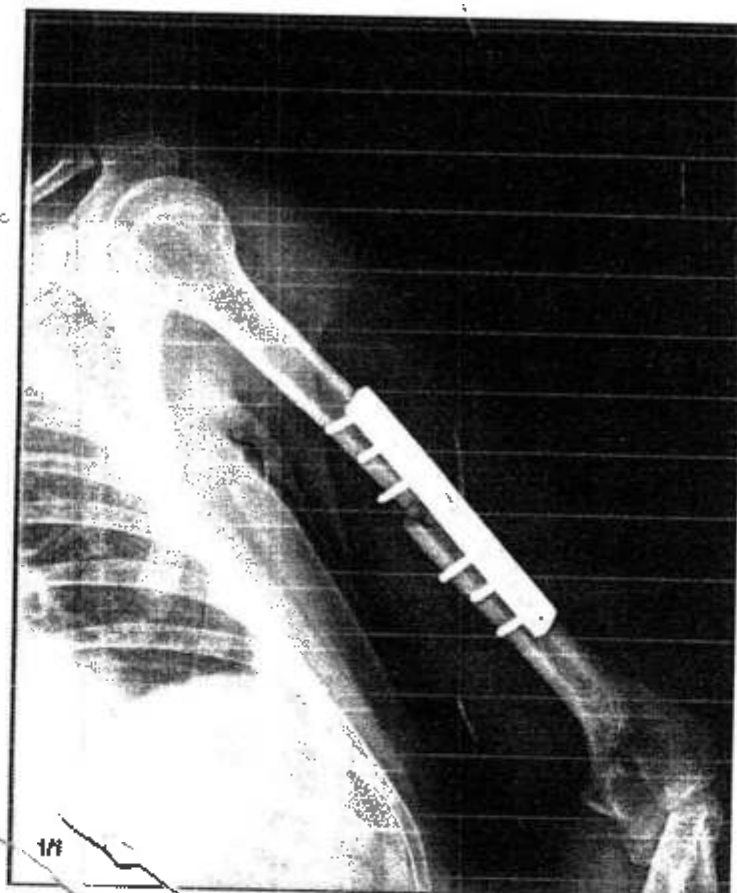


HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Eduarda Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019086-0



FRANCISCO ALVES DE
SILVA
Data do Estudo: 2018-03-
21
ID do Paciente: 241213
ID do
Estudo: 17110401
Qualificação: Ombro

Imagem: Descrição
17110401



<http://192.168.1.6/digiweb/digiweb.php?requestType=WADO&studyUTD=1.3.46.670...> 05/05/2018

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/05/18
Edna Maria Andrade Silva
COORDENADORA DE PRONTO-SOCORRO



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Cirurgia II

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Prontuário: 347443

Atendimento: 598024

Dt. Nasc.: 13/09/1953

Idade: 64a 6m 1d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 91582

Data Pedido: 13/03/2018

Médico Solicitante: THEMISTOCLES RAMOS NETO

Sector Solicitante: CL. CIRURGICA II

Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA II / CIRII230

Convênio: SUS - INTERNACAO

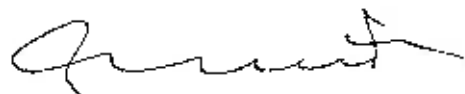
Cód. Procedimento: 02.04.06.015-0

Data do Laudo: 14/03/2018

RADIOGRAFIA DE PE DIREITO

RELATÓRIO:

- Fraturas completas recentes na falange proximal do hallux e no 5º metatarso.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria de Jesus Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (MAT 010065-0)



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

Prontuário: **347443**

Atendimento: **598024**

Dt. Nasc.: **13/09/1953**

Idade: **64a 5m 30d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **91582**

Data Pedido: **13/03/2018**

Médico Solicitante: **THEMISTOCLES RAMOS NETO**

Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII230**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1**

Data do Laudo: **14/03/2018**

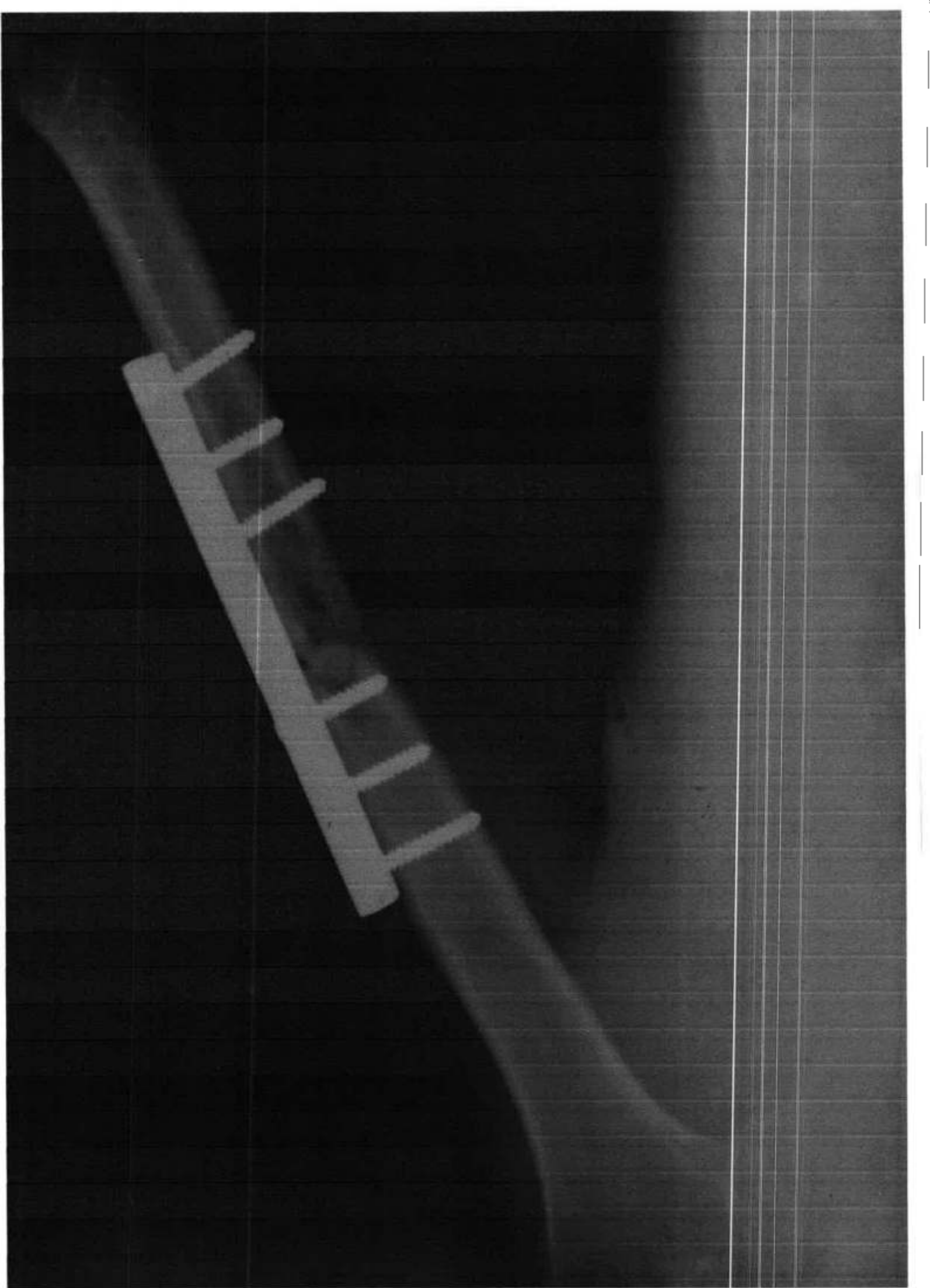
RADIOGRAFIA DE UMEROS ESQUERDO

RELATÓRIO

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise umeral.
- Edema de partes moles.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 23/03/18
Eduarda Maria Andrade Silva
Cópia de Prontuário / MAT: 010685-2





AG CORRETORA
DE SEGUROS

12 FEV 2019

DEVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.748-0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Vigência especial de inscrição autorizada pela SFAZ/PA 194

9º da Nota Fiscal: 016589475
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 18.438 de 16 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	24/01/2019	128	122,17

JOSE NILSON ALVES DA SILVA
AV. GETULIO VARGAS 780 130 POEIRA
CPF: 00045103410320
CEP: 64.460-000 - AGUA BRANCA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	37795	Classificação:	Residencial	Atual:	17/01/2019
Anterior:	37667	Ligação:	Normal	Anterior:	21/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Número Medidor:	128	Próxima Leitura:	18/02/2019
Consumo Medidor:	128	Proteção:	FCAM	Exatidão:	16/01/2019
Consumo Faturado:	128			Aprovação:	17/01/2019
					27

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA LEITURA	
Classificação:	Residencial	Atual:	17/01/2019
Ligação:	Normal	Anterior:	21/12/2018
Número Medidor:	128	Próxima Leitura:	18/02/2019
Proteção:	FCAM	Exatidão:	16/01/2019
		Aprovação:	17/01/2019

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/18	157	CONSUMO	128 A R\$ 0,862958 = 110,45
NOV/18	190	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,52
OUT/18	196	CORRECAO MONETARIA EG 11/18-00	0,26
SET/18	186	MULTA POR ATRASO 11/18-00	3,09
AGO/18	180	JUROS POR ATRASO 11/18-00	1,85
JUL/18	147		
JUN/18	131		
MAI/18	141		
ABR/18	139		
MAR/18	131		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
A 128 - 0,620668			

REMESSAS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano: 12/2018 Valor R\$: 152,97

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/02/2019. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO PISCE: EA9.51A7.AC08.92CF.677D.CBA0.21E6.7E79

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	23,05	Base de Cálculo:	110,45
Energia:	44,51	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,53	Valor do ICMS:	24,29
Encargos:	4,75	Valor do PIS:	1,12
Tributos:	30,61	Valor do COFINS:	5,20

8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48
0,00			0,00			0,00
						55,41

SÃO PAULO DO PIAUÍ 11/2018 55,41

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.748-0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0213676-7	122,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
01/2019	24/01/2019
FCAM	

83660000001 9 22170017000 6 000000000213 9 67670119008 1



SEQ.: 00058 UC: 0213676-7 DT. LEIT.: 17/01/2019 T. ENTR.: 0.
LEITURA: 37795 NORMAL TOTAL: 122,17 CARGA: A01
DT. VENC.: 24/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2431

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
12 FEV 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRÂNSITO

NOME: JOSE SANDRO PALMARES DA SILVA
 RG: 3634802 040 PZ
 CPF: 772.428.973-00
 DATA NASCIMENTO: 15/02/1977
 ENDEREÇO: JOSE PALMARES ROBINHO
 IVONEYS PEREIRA
 SILVA TRAMANDÁ
 PERNAMBUCO
 CEP: 52000-000
 UF: PE
 DATA EMISSÃO: 08/09/2022
 DATA VALIDADE: 26/08/2002

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1541072042

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1541072042

ASSINATURA: JOSE SANDRO PALMARES DA SILVA
 ENDEREÇO: ELERNO VELOSO, 51
 DATA NASCIMENTO: 15/02/1977
 RG: 3634802 040 PZ
 CPF: 772.428.973-00
 UF: PE
 DATA EMISSÃO: 08/09/2022
 DATA VALIDADE: 26/08/2002

PIAUI

CORRETORES
 DE SEGUROS
 12 FEV 2019
 DPVAT

JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA
RUA SETE SETEMBRO 244
CENTRO
64325000 ELESBAO VELOSO - PI

Demonstrativo do Programa de pontos Caixa

Pontos	Pontos da Fatura	Pontos da Cartão	Pontos da Beneficiária	Exercício / Anos	Pontos Resgatados	Pontos a receber
14985	01	1.00	0	491	0	14985

Encargos

ETA	2,00% a.m.
IRA	5,00% a.m.
RECALCULO COM JUROS	5,00% a.m.
T PARCELADO COM JUROS	5,00% a.m.
RECALCULO DE FATURA	0,00% a.m.
T PARCELADO	0,64% a.m.
Para o Período	
Mês Próximo Período	
TATIVO	16,00% a.m.
T PAGAMENTO MÍNIMO	10,00% a.m.
QUES	11,00% a.m.
QUES INTERNACIONAIS	16,00% a.m.
T ROTATIVO	16,00% a.m.
T NAC PAGAMENTO MÍNIMO	11,42% a.m.
T BQUES	11,42% a.m.
T BQUES INTERNACIONAIS	11,25% a.m.

Resumo de Crédito

ITENS INCLUI DE CREDITO TOTAL	R\$	5.200,00
ITENS INCLUI PARA SAQUE CASH	R\$	1.000,00
ITENS INCLUI COMP PARCELADA	R\$	5.200,00
ITENS INCLUI SAQUE CASH INTERN	R\$	1.000,00
Saldo de compras parceladas a vencer	R\$	2.568,85
Resumo de Crédito Utilizado	R\$	5.048,85

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Pais	Valor Original	Valor Cuidado	Credito Débito
13/12	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				5.236,73D
21/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO				5.236,73C
24/12	ESTORNO AUTOMÁTICO DE ANUIDADE				3,88C
14/12	AJUSTE CRED PARC SJ JUROS				0,82C
14/12	AJUSTE CRED PARC SJ JUROS				0,82C
31/12	AJUSTE CREDITO PARC LOJISTAA				0,62C
31/12	AJUSTE CREDITO PARC LOJISTAA				0,62C
Subtotal Nacional					3,94C

JOSE S P DA SILVA 459383XXXXXX2651

Movimentações Nacionais	
11/11 ANUIDADE DIFERENCIADA TR 02/12	18,25D
Subtotal Nacional	18,25D

ADRIANA C S SILVA 459383XXXXXX0245

Movimentações Nacionais	
09/04 CENTRO MUSICAL 10/10	TERESINA 115,00D
17/04 TIM CELULAR 09/12	TERESINA 166,74D
17/04 TIM CELULAR 09/10	TERESINA 100,00D
28/08 FICIA PAGUE MENOS 095 05/05	TERESINA 164,87D
18/09 PINTOS CALÇADOS 04/10	TERESINA 62,85D
08/10 SHOPPING SAUDE 04/04	TERESINA 271,50D
30/10 FICIA PAGUE MENOS 199 03/03	TERESINA 99,43D
30/10 MARVELLAS MALHAS 03/03	TERESINA 302,40D
13/11 EXTRA FARMA FATIMA II 02/04	TERESINA 80,98D
23/11 HNA OBOYICARIO 02/05	CURITIBA 14,80D
27/11 ATACADO DAS MOTOS 02/04	TERESINA 140,80D
30/11 FICIA PAGUE MENOS 095 02/04	TERESINA 73,80D
30/11 MOTO BIKE REC ACESSORI 02/02	TERESINA 102,50D
Subtotal Nacional	2.465,93D

Beneficiário: JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA RUA SETE SETEMBRO 244 CENTRO - 64325000 - ELESBAO VELOSO - PI				CPF/CNPJ do Pagador: 27188897200	
Nome Completo: JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA		Nº do Documento: 00000000183		Vencimento: 28/01/2019	
CPF/CNPJ: 40049009		Valor do Documento: 2.480,24		Valor Cobrado: 2.480,24	
Cartões Caixa: 00.000.000.000.000				CPF/CNPJ Beneficiário: 00.000.000.000.000	
Endereço do Beneficiário: 585 Quadra 4, Lote 3/4, Ass. Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-800					
Número/Código Beneficiário: 1813 - 119826-2					
Assinatura do Beneficiário: [Assinatura]					

Preferencialmente nas Casas Lotéricas até o valor limite					Vencimento: 28/01/2019	
Cartões Caixa - 00.000.000.000.000					Assinatura do Pagador: 1813 / 119826-2	
585 Quadra 4, Lote 3/4, Ass. Sul, Brasília/DF, CEP: 70.092-800					Nome do Pagador: 1-000000001830011-6	
Data do Documento: 13/01/2019		Nº do Documento: 00000000183		Data do Processamento: 11/01/2019		
Tipo de Documento: SR		Espécie de Moeda: R\$		Valor: 2.480,24		
Assinatura do Responsável pelo Beneficiário: [Assinatura]					1 (1) Valor do Documento: 2.480,24	
O VALOR INFORMADO NO CAMPO VALOR DO DOCUMENTO CORRESPONDE AO TOTAL DA FATURA.					2 (2) Descontos de Abatimentos: 0,00	
EM CASO DE PAGAMENTO PARCIAL, PREENCHER O CAMPO VALOR COBRADO COM O VALOR A SER PAGO.					3 (3) Outras Deduções: 0,00	
OS ENCARGOS DECORRENTES DE PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO OU PAGAMENTO INFERIOR AO VALOR TOTAL					4 (4) Outras Deduções: 0,00	
SERÃO INCLUIDOS NA PRÓXIMA FATURA.					5 (5) Outras Deduções: 0,00	
APÓS 28/01/2019 PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DA CAIXA, ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS PAGAMENTOS EM CHEQUES					6 (6) Outras Deduções: 0,00	
Beneficiário: JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA RUA SETE SETEMBRO 244 CENTRO ELESBAO VELOSO					CPF/CNPJ: 40049009	
Assinatura: [Assinatura]					UP: PI CEP: 64325000	
					CPF/CNPJ: 000000000000	
					Associação Mirante - Fica do Compensação	

COOPERADORA DE SEGUROS
12 FEV 2019
DEBITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190120806 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DO HÁLUX DIREITO.
FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (ÚMERO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190120806 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DO HÁLUX DIREITO.
FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (ÚMERO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO 1º OFÍCIO
WILSON BARBOSA PEREIRA
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 671, CENTRO
CEP. 64.430.000-SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI. Fone: 3280-1133
Cart.wilsonbarbosa@hotmail.com

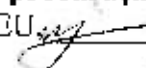
LIVRO Nº 056

FOLHAS: 199

1º TRASLADO

OUTORGANTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

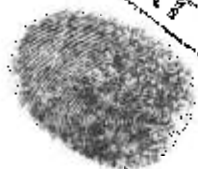
OUTORGADA: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano de dois mil e dezenove (2019) aos 30 de janeiro do dito ano, nesta cidade de São Pedro do Piauí, Estado do Piauí, em Cartório sito à Avenida Presidente Vargas, Nº671, compareceu **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**, brasileiro, maior, solteiro, lavrador, RG. 4.498.818-SSP/PI; CPF. 184.438.772-00, residente na Fz São Francisco, s/n, Lagoinha do Piauí-PI. Reconhecido pelo próprio por mim Tabelião e com as testemunhas adiante assinada e pelos documentos que me foram apresentados, por ele me foi dito que, por este público instrumento e nos termos de direito, nomeia e constitui sua bastante procuradora **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**, brasileira, maior, solteira, RG. 1.651.371-SSP-PI; CPF. 849.394.433-53, residente na Rua 7 de Setembro, 244, Flesbão Veloso-PI. **PODERES:** - Para que a outorgada proceda com requerimento e/ou acompanhamento de processo de solicitação do seguro DPVAT, junto a qualquer Seguradora, em especial junto à seguradora LÍDER, em decorrência do acidente de trânsito; podendo ainda a seguradora LÍDER dos consórcios do Seguro DPVAT, efetuar o crédito na conta do BANCO DO BRASIL S/A, Agência. 3827, Conta: 013.00025203-0. Como também declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico Legal IML, porque na cidade em que resido não existe IML. A referida procuradora tem poderes para contratar advogado, propor ação, assinar termos, declarações, requerimentos, documentos afins, apresentar e/ou solicitar documentos e o que mais preciso for, efetuar saques de quantias em dinheiro do seguro, junto à seguradora, ou em qualquer agência Bancária autorizada, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, o que tudo dará por bom, firme e valioso. Assim disse e dou fé. A pedido das partes lavrei esta que lida vai assinada com as testemunhas que são: Jose Sandro Palhares, RG 1.078.875-PI e Carlos Alberto de Oliveira, RG.687.411-PI, brasileiros, maiores. A 1ª testemunha assina a rogo do outorgante por não ser alfabetizado. Os dados do presente mandato foram fornecidos pelo outorgante, razão pela qual este se responsabiliza por sua correção e autenticidade. O Cartório resguarda de Não corrigir erros materiais advindos de informações prestadas pelas partes, o outorgante responde civil e criminalmente pelos poderes concedidos nesta procuração. ASS. WILSON BARBOSA PEREIRA, impressão digital do outorgante e testemunhas. EU  Tabelião.

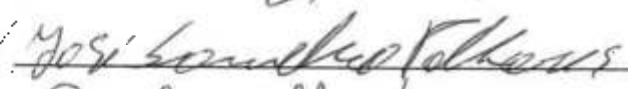
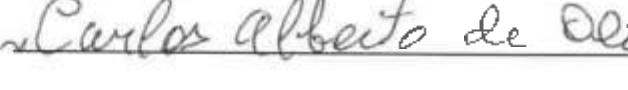
CORRETOR DE SEGUROS

12 FEV 2019

DPVAT



SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 30 DE JANEIRO DE 2019.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051335/19

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CPF: 184.438.772-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

FRANCISCO ALVES DE SOUSA : 184.438.772-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190120806

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190120806

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE SOUSA

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000025203-0

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Reg (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (103)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25-203

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informado, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, titular do crédito, reconheço e deixo, 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 (assinale 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.

Permito que a Seguradora Líder realize o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, sem me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentemente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica que resultará no direito de indenização, caso discorde do seu conteúdo.

12 FEV 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu 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 (val nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, após a análise da indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem que são os únicos parentes vivos, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: José Nelson Alves da Silva

CPF: 451.034.103-20

Assinatura

2º Nome: José Nilton Alves da Silva

CPF: 331.688.833-05

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 3 (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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AGUA BRANCA

DATA: 01/02/2019

HORA: 10:01:47

TERMINAL: 30271005

CONTROLE: 302710050225

AGENCIA: 3027 - AGUA BRANCA

CONTA: 013.00025203-0

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

EXTRAIO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

MOVIMENTACAO

DATA NR.DOC

HISTORICO

VALOR



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 040/2018

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: APC MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 07/02/2019-11:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 25/07/2018-06:00/
Município: BARRO DURO-PI Bairro: CENTRO
Endereço: PI-

OLHO D'ÁGUA A BARRO DURO-PI

Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Documentos: RG: 4.498.818 SSP-PI; CPF: 184.438.772-00
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: ALTO LONGA-PI
Estado civil: solteiro(a)
Profissão: TRABALHADOR RURAL
Nascimento: 13/09/1953
Filiação: MARIA TERESATITO DE SOUSA/Z'ACARIAS
TITO ALVES DE SOUSA
Endereço: FAZENDA SÃO FRANCISCO
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Município: BARRO DURO-PI
Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125/TITAN KS
- Ano/Modelo: 2001/2001
- Cor: PRATA
- Placa: LVY7154
- Chassi: 9C2JC30101R100985
- Renavam: 1959951353
- Proprietário: VICENTE VITURINO DE SOUSA FILHO

Narrativa:

Declara o noticiante-condutor que se envolveu em acidente automobilístico provocado, devido a perda do controle da motocicleta, em face da luz alta do veículo que vinha em sentido contrário, causando inúmeras lesões corporais como quebra do braço esquerdo e pé direito, além de inúmeras escoriações.

APC MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Ficha(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Reg. (DDE):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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 (103)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informado, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, titular do crédito, reconheço e deixo, 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 (assinale 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.

Recebo e reconheço, sob a pena de anulação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, em mo submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentemente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica que resultará no direito de indenização, caso discorde do seu conteúdo.

12 FEV 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, após a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provar que não são estorbo para a vítima, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal, por infração do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: José Nelson Alves da Silva

CPF: 451.034.103-20

Assinatura

2º Nome: José Simeão Pereira da Silva

CPF: 771.688.873-05

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 3 (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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AGUA BRANCA

DATA: 01/02/2019

HORA: 10:01:47

TERMINAL: 30271005

CONTROLE: 302710050225

AGENCIA: 3027 - AGUA BRANCA

CONTA: 013.00025203-0

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

EXTRAIO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC

HISTÓRICO

VALOR

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Data Nasc: 13 / 09 / 1953
Filiação: MÃE (completo e sem abreviações) MARIA TERESA DE SOUSA
PAI: ZACARIAS TIPO ALVES DE SOUSA
Sexo: Masc ☒ Feminino ☐ Raça/Cor: _____ Telefone () _____ IBGE MUN. 2200706
Endereço completo: AV. NÉCIO TEIXEIRA, 90 Nº. _____
Bairro: CENTRO Município: ÁGUA BRANCA CEP: 64460-000
Nacionalidade: _____ Nome do Munic. de Nascimento: ALTO LONGA UF PI

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

TIPO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS (OBRIGATÓRIO) Nº. 898005143432601
☒ RG Nº 4498838 ORGÃO EMISSOR: SSPPS DATA EMISSÃO: 30/11/2016
☐ CPF: Nº. _____ CERT. NASC. OU CASAMENTO Nº. _____ LIVRO: _____
NOME DO CARTORIO: _____

Histórico Clínico:

Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há sinais de infecção ou outras alterações. Exame de urina normal.

Exames Físicos: *Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há sinais de infecção ou outras alterações. Exame de urina normal.*

Hipótese Diagnóstica: *Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há sinais de infecção ou outras alterações. Exame de urina normal.*

Tratamento Solicitado: *Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há sinais de infecção ou outras alterações. Exame de urina normal.*

Dr. Francisco Alves de Holanda
Médico
CRM 3675



Água Branca (PI), 25/02/2018

Assinatura e Carimbo Médico

Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

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: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000025203-0

Nr. da Autenticação C9C7DB8E8F10418A

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-240 | Insc. Estadual: 19.201.703-5
Nº de Licença: 7/2018 | Cadea de Energia Elétrica - Série B-1
Pagamos energia elétrica com segurança pelo SINA 2018/2019

Nº da Nota Fiscal: 016023901

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 13.418 de 26 de abril de 2018

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	14-01-2019	100	21,10

HOSYON ALVES DA ANUNCIACAO
FZ SAO FRANCISCO S/N LAGOINHA B-RURAL
CPF: 00019306315334
CEP: 64.465-000 - LAGOINHA DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA	kWh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	39386	Atual:	08/01/2019
Anterior:	39286	Anterior:	07-12-2018
Consumo de Multicliente:	1.000	Próxima Leitura:	06-02-2019
Consumo Medidor:	100	Emissor:	04-01-2019
Consumo Faturado:	100	Apresentação:	08-01-2019
	NORMAL		32

Classe/Subclasse	Tipologia	Nome do Medidor	Posição	Código Fiel	Módulo 12 meses
RURAL					

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Mês	
DEZ/18	113
NOV/18	20
OUT/18	123
SET/18	96
AGO/18	125
JUL/18	70
JUN/18	49
MAI/18	40
ABR/18	35
MAR/18	121
FEV/18	100
JAN/18	100
DEZ/17	100
NOV/17	100
OUT/17	100
SET/17	100
AGO/17	100
JUL/17	100
JUN/17	100
MAI/17	100
ABR/17	100
MAR/17	100
FEV/17	100
JAN/17	100
DEZ/16	100
NOV/16	100
OUT/16	100
SET/16	100
AGO/16	100
JUL/16	100
JUN/16	100
MAI/16	100
ABR/16	100
MAR/16	100
FEV/16	100
JAN/16	100
DEZ/15	100
NOV/15	100
OUT/15	100
SET/15	100
AGO/15	100
JUL/15	100
JUN/15	100
MAI/15	100
ABR/15	100
MAR/15	100
FEV/15	100
JAN/15	100
DEZ/14	100
NOV/14	100
OUT/14	100
SET/14	100
AGO/14	100
JUL/14	100
JUN/14	100
MAI/14	100
ABR/14	100
MAR/14	100
FEV/14	100
JAN/14	100
DEZ/13	100
NOV/13	100
OUT/13	100
SET/13	100
AGO/13	100
JUL/13	100
JUN/13	100
MAI/13	100
ABR/13	100
MAR/13	100
FEV/13	100
JAN/13	100
DEZ/12	100
NOV/12	100
OUT/12	100
SET/12	100
AGO/12	100
JUL/12	100
JUN/12	100
MAI/12	100
ABR/12	100
MAR/12	100
FEV/12	100
JAN/12	100
DEZ/11	100
NOV/11	100
OUT/11	100
SET/11	100
AGO/11	100
JUL/11	100
JUN/11	100
MAI/11	100
ABR/11	100
MAR/11	100
FEV/11	100
JAN/11	100
DEZ/10	100
NOV/10	100
OUT/10	100
SET/10	100
AGO/10	100
JUL/10	100
JUN/10	100
MAI/10	100
ABR/10	100
MAR/10	100
FEV/10	100
JAN/10	100
DEZ/09	100
NOV/09	100
OUT/09	100
SET/09	100
AGO/09	100
JUL/09	100
JUN/09	100
MAI/09	100
ABR/09	100
MAR/09	100
FEV/09	100
JAN/09	100
DEZ/08	100
NOV/08	100
OUT/08	100
SET/08	100
AGO/08	100
JUL/08	100
JUN/08	100
MAI/08	100
ABR/08	100
MAR/08	100
FEV/08	100
JAN/08	100
DEZ/07	100
NOV/07	100
OUT/07	100
SET/07	100
AGO/07	100
JUL/07	100
JUN/07	100
MAI/07	100
ABR/07	100
MAR/07	100
FEV/07	100
JAN/07	100
DEZ/06	100
NOV/06	100
OUT/06	100
SET/06	100
AGO/06	100
JUL/06	100
JUN/06	100
MAI/06	100
ABR/06	100
MAR/06	100
FEV/06	100
JAN/06	100
DEZ/05	100
NOV/05	100
OUT/05	100
SET/05	100
AGO/05	100
JUL/05	100
JUN/05	100
MAI/05	100
ABR/05	100
MAR/05	100
FEV/05	100
JAN/05	100
DEZ/04	100
NOV/04	100
OUT/04	100
SET/04	100
AGO/04	100
JUL/04	100
JUN/04	100
MAI/04	100
ABR/04	100
MAR/04	100
FEV/04	100
JAN/04	100
DEZ/03	100
NOV/03	100
OUT/03	100
SET/03	100
AGO/03	100
JUL/03	100
JUN/03	100
MAI/03	100
ABR/03	100
MAR/03	100
FEV/03	100
JAN/03	100
DEZ/02	100
NOV/02	100
OUT/02	100
SET/02	100
AGO/02	100
JUL/02	100
JUN/02	100
MAI/02	100
ABR/02	100
MAR/02	100
FEV/02	100
JAN/02	100
DEZ/01	100
NOV/01	100
OUT/01	100
SET/01	100
AGO/01	100
JUL/01	100
JUN/01	100
MAI/01	100
ABR/01	100
MAR/01	100
FEV/01	100
JAN/01	100
DEZ/00	100
NOV/00	100
OUT/00	100
SET/00	100
AGO/00	100
JUL/00	100
JUN/00	100
MAI/00	100
ABR/00	100
MAR/00	100
FEV/00	100
JAN/00	100
DEZ/99	100
NOV/99	100
OUT/99	100
SET/99	100
AGO/99	100
JUL/99	100
JUN/99	100
MAI/99	100
ABR/99	100
MAR/99	100
FEV/99	100
JAN/99	100
DEZ/98	100
NOV/98	100
OUT/98	100
SET/98	100
AGO/98	100
JUL/98	100
JUN/98	100
MAI/98	100
ABR/98	100
MAR/98	100
FEV/98	100
JAN/98	100
DEZ/97	100
NOV/97	100
OUT/97	100
SET/97	100
AGO/97	100
JUL/97	100
JUN/97	100
MAI/97	100
ABR/97	100
MAR/97	100
FEV/97	100
JAN/97	100
DEZ/96	100
NOV/96	100
OUT/96	100
SET/96	100
AGO/96	100
JUL/96	100
JUN/96	100
MAI/96	100
ABR/96	100
MAR/96	100
FEV/96	100
JAN/96	100
DEZ/95	100
NOV/95	100
OUT/95	100
SET/95	100
AGO/95	100
JUL/95	100
JUN/95	100
MAI/95	100
ABR/95	100
MAR/95	100
FEV/95	100
JAN/95	100
DEZ/94	100
NOV/94	100
OUT/94	100
SET/94	100
AGO/94	100
JUL/94	100
JUN/94	100
MAI/94	100
ABR/94	100
MAR/94	100
FEV/94	100
JAN/94	100
DEZ/93	100
NOV/93	100
OUT/93	100
SET/93	100
AGO/93	100
JUL/93	100
JUN/93	100
MAI/93	100
ABR/93	100
MAR/93	100
FEV/93	100
JAN/93	100
DEZ/92	100
NOV/92	100
OUT/92	100
SET/92	100
AGO/92	100
JUL/92	100
JUN/92	100
MAI/92	100
ABR/92	100
MAR/92	100
FEV/92	100
JAN/92	100
DEZ/91	100
NOV/91	100
OUT/91	100
SET/91	100
AGO/91	100
JUL/91	100
JUN/91	100
MAI/91	100
ABR/91	100
MAR/91	100
FEV/91	100
JAN/91	100
DEZ/90	100
NOV/90	100
OUT/90	100
SET/90	100
AGO/90	100
JUL/90	100
JUN/90	100
MAI/90	100
ABR/90	100
MAR/90	100
FEV/90	100
JAN/90	100
DEZ/89	100
NOV/89	100
OUT/89	100
SET/89	100
AGO/89	100
JUL/89	100
JUN/89	100
MAI/89	100
ABR/89	100
MAR/89	100
FEV/89	100
JAN/89	100
DEZ/88	100
NOV/88	100
OUT/88	100
SET/88	100
AGO/88	100
JUL/88	100
JUN/88	100
MAI/88	100
ABR/88	100
MAR/88	100
FEV/88	100
JAN/88	100
DEZ/87	100
NOV/87	100
OUT/87	100
SET/87	100
AGO/87	100
JUL/87	100
JUN/87	100
MAI/87	100
ABR/87	100
MAR/87	100
FEV/87	100
JAN/87	100
DEZ/86	100
NOV/86	100
OUT/86	100
SET/86	100
AGO/86	100
JUL/86	100
JUN/86	100
MAI/86	100
ABR/86	100
MAR/86	100
FEV/86	100
JAN/86	100
DEZ/85	100
NOV/85	100
OUT/85	100
SET/85	100
AGO/85	100
JUL/85	100
JUN/85	100
MAI/85	100
ABR/85	100
MAR/85	100
FEV/85	100
JAN/85	100
DEZ/84	100
NOV/84	100
OUT/84	100
SET/84	100
AGO/84	100
JUL/84	100
JUN/84	100
MAI/84	100
ABR/84	100
MAR/84	100
FEV/84	100
JAN/84	100
DEZ/83	100
NOV/83	100
OUT/83	100
SET/83	100
AGO/83	100
JUL/83	100
JUN/83	100
MAI/83	100
ABR/83	100
MAR/83	100
FEV/83	100
JAN/83	100
DEZ/82	100
NOV/82	100
OUT/82	100
SET/82	100
AGO/82	100
JUL/82	100
JUN/82	100
MAI/82	100
ABR/82	100
MAR/82	100
FEV/82	100
JAN/82	100
DEZ/81	100
NOV/81	100
OUT/81	100
SET/81	100
AGO/81	100
JUL/81	100
JUN/81	100
MAI/81	100
ABR/81	100
MAR/81	100
FEV/81	100
JAN/81	100
DEZ/80	100
NOV/80	100
OUT/80	100
SET/80	100
AGO/80	100
JUL/80	100
JUN/80	100
MAI/80	100
ABR/80	100
MAR/80	100
FEV/80	100
JAN/80	100
DEZ/79	100
NOV/79	100
OUT/79	100
SET/79	100
AGO/79	100
JUL/79	100
JUN/79	100

TIM S.A.
Rua Elsonora Nogueira, 1924
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0004-05 - I.E.: 194445895
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 146,18

VENCIMENTO

25/11/2018

EMISSAO 07/11/2018

POSTAGEM 13/11/2018

FATURA: 0578700000

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 15462000

CPF/CNPJ: 84099999999

ACESSO: 86 98999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000005121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com a TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/OUT A 06/NOV

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,92
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 0,54
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,73

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 139,99
-	-	7/12	31	07/10 a 06/11	R\$ 4,92
10GB	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54
Ilimitado	202m00s	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,73
-	-	1	31	07/10 a 06/11	-
-	-	1	31	07/10 a 06/11	-
-	-	1	31	07/10 a 06/11	-
-	-	1	31	07/10 a 06/11	-
-	-	1	31	07/10 a 06/11	-

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

12 FEV 2019

DPVAT

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUSP	R\$ 0,70
ICMS	30%	R\$ 105,77	R\$ 32,03	FUNTTU	R\$ 0,15
PISICOFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PISICOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Fin. atendimento a partir de 12/24/2012
As contribuições ao SUS (1%) e FUNDEF (0,3%) não são responsáveis às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)	
Incluído no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 137,40
SVA	R\$ 52,50
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -36,18
Desconto(s) SVA	R\$ -17,82

TIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe 1m bonus de internet por mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000005121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
NOV/2018

DATA DE EMISSÃO
07/11/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/11/2018

VALOR
R\$ 146,18

84680000001 - 6

46180103011 - 3

00357876560 - 8

30121536776 - 6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12 disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/B2S/LOTCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pela exposta, eu Adriana Carla de Sousa Silva

Inscrita (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Alves de Sousa inscrito (a) no CPF sob o nº 184.438.772 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Francisco Alves de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o nº 184.438.772 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>2441</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestria Veloso</u>	Estado: <u>Paraíba</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.305-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elestria Veloso, Paraíba 07.02.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

