

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) and a Microsoft Word document viewer.

**Browser Header:**

- Controle... x
- Audiência x
- Upload x
- PJe Consulta x
- PJe 0831563-08.2019.8.18.0140 x
- WhatsApp x
- Tribunal x
- Custas | T x
- Downloads x
- Caixa de Entrada x
- ...

**Toolbar:**

- ← →
- Home
- Search
- Upload
- Consultas
- ...

**Links:**

- Apps
- Processo Virtual Na...
- Administrativos
- Portal do Advogado
- Google
- Nova guia
- Meu INSS
- [bb.com.br]
- Zimbra: Movimenta...
- PJe 1º
- Publicações

**Page Content:**

**PJe** ProceComCiv 0831563-08.2019.8.18.0140 x

ROSILDA OLIVEIRA BELO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...

10840877 - CONTESTAÇÃO (2734394 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/07/2020 10:56:49

17 Jul 2020

**Left Sidebar:**

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 10840873 - CONTESTAÇÃO
  - 10840877 - CONTESTAÇÃO (2734394 CONTESTACAO 01)
  - 10840880 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 10840887 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10840888 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 10840889 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**Microsoft Word Document:**

Microsoft Word - 2734394\_CONTESTACAO

1 / 11

2734394- C3/ 2020-02556/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

**Bottom Navigation:**

- prot+pç.pdf
- pç.pdf
- prot+pç.pdf
- pç.pdf
- prot+pç.pdf
- prot+pç.pdf
- Exibir todos

PT 10:56 17/07/2020



Número: **0831563-08.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ROSILDA OLIVEIRA BELO (AUTOR)</b>	<b>IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10840 880	17/07/2020 10:56	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



*Altan*

NOME DO PACIENTE:

*Ronilda Oliveira Reis*

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

*510.199*



**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".





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

- ORTOPEDIA

**OLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> ROSILDA OLIVEIRA BELO	<b>Prontuário:</b> 510199	
<b>Mãe:</b> ROSA MARIA OLIVEIRA BELO	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> QD:0 CS:23 - VILA SANTA MARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	<b>Sexo:</b> Feminino	
<b>Nascimento:</b> 22/06/1969	<b>Idade:</b> 49a10m12d	<b>Fone:</b> 86-98831-0778
<b>Responsável:</b> MARIA DO SOCORRO	<b>CNS:</b> 705206691808271	
<b>Profissão:</b> COMERCIRIA	<b>Documento:</b> Reg.Nasc: 00	
<b>G. Instrução:</b> Nao informado	<b>E.Civil:</b> Ignorado	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 720047	<b>Entrada:</b> 04/05/2019 12:05:13	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060061
<b>Motivo da Procura</b> <b>Forme Paciente/Acomp.:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) <b>Conduta:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
		Indefinido
<b>Brve História Clas. Risco:</b>	<b>DATA:</b> 09/08/2019	<b>Técnico:</b>

<b>SSVV:</b>	<b>(Hora: _____)</b>		<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	<b>Pulso:</b> 00	<b>Imp:</b>	<b>Pressão:</b> 00/00 mmHg
<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> Pac vitima de acidente motociclistico há 3 horas, apresenta edema e restrição de movimentação em punho e mão direitos. Encontra-se consciente, orientada e cooperativa. Nega perda de consciência, otorragia e rinorragia. Vias aéreas pélvias, sem uso de colar cervical e prancha rígida. S: MV + bilateralmente sem RA. C: AC: BNF, RR em 27, S/S. Abdome flácido e inocente, pele estável; SatO2: 98%. pulso 80-100 bpm. Glasgow 15, pupilas iso-foto E: sem escoriações. CD: solicito raio-x de mão direita e avaliação do ortopedista.								

**Diagnóstico Inicial:**  
 ?

<b>Exames Complementares:</b>	<b>rx: Radiografia de braço de 3º milímetro O direito</b>
(1209048) - MBO DIREITA	<b>rx: Radiografia de braço de 3º milímetro O direito</b>
<b>Prescrição Médica:</b>	<b>Marcos Vitor # de Carmelino Faria            Traumatologista Ortopédica            CRM-PI 4792 TECI 12501</b>

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b>	<b>DATA:</b> 04/05/2019	<b>HORA:</b> 12:15:03
<b>Observação (Adulto):</b>	<b>Assinatura Paciente ou Responsável:</b>	

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
 CRM-PI 3811 Em: 04/05/2019 12:15:03



<b>HU</b>	<b>FICHA DE ANESTESIA</b>			<b>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA</b>								
Name:	Thaílida Oliveira			Sala:	Alergia:			Data:				
Procedimento:				Cirurgião:				Observações:				

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Nitrouso 1/4	l	10%											
2 Xilocaina	01	60%											
3 Urepsol	01	0%											
4 Drotan	02	0%											
5 Thiobarbit	01	10%											
6 Drotan	01	10%											
7 Anestesia local	01	0%											
8 Clorofor	01	70%											
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		2L	15	10	5	2L	15	10	5	2L	15	10	5
AR/N2O													
Volatile		5%											

Acesso Vascular

Periférico \_\_\_\_\_  
 Cat. Venoso nº \_\_\_\_\_ G  
 Dificuldade apes. venoso \_\_\_\_\_  
 Gatos \_\_\_\_\_ cateteres  
 Central \_\_\_\_\_

Via Aérea

Cateter nasal 2L  
 10T nº \_\_\_\_\_  
 LMA nº \_\_\_\_\_

Monitorização:

Cardioscopia  
 PANI  
 Oxímetro de pulso  
 ETCO2  
 Outros

Anestesia:

Geral Venosa  
 Geral Balanceada  
 Requiánestesia  
 Peridural  
 Bloqueio Periférico  
 Outros

Descrição: \_\_\_\_\_

SPO2 (%)	97	91	95	98
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Apes. Venoso				
Diurese				
Pardas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia:

Abg. frontal m. ulna m. 10 g. h. d. d.  
 Tp. 1000000  
 m. 2000





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05/05/19

NOME DO PACIENTE: Rosilda Oliveira Belo

PRONTUÁRIO Nº: 510199

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA: 06

CIRURGIÃO: Dr. Brumax

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA: Dr. Tiago

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Janu

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25XB	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30XB	UNID.	01		LUVA Nº 75	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 10/80	PAR	01/01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		trepon	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• 13401903 - 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				• 162008 - 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				• 166008 - 01			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	Rosilde O. Belo		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura aberta de 5º metacôrno ①		
Operação - Tipo	Redução cirúrgica + fixação percutânea com fios x		
Cirurgião	Dr. Bruno Pinto	1º Assistente	
2º Assistente	CRM-4245/TEOT: 11438	3º Assistente	
Instrumentador	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico pré-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

**Descrição da Operação**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em D.O. sob anestesia  
 2) Preparo habitual  
 3) Redução cirúrgica + fixação percutânea de base  
 do 5º metacôrno com fios x sob endoscopia  
 4) Fim tipo tuba





**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
NOME DO PACIENTE Paulo Oliveira Belo		PRONTUÁRIO	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP Pe	LEITO corredor
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			MÉDICO ASSISTENTE ORTOPEDISTA	
				HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
04/05/19	Intensão de dor de 8°-muito			14/05 Admitida no Ponto 02. Enfermeira: Chaves Camicante Assistente: <i>Assistente</i> COREN: 79289	
1	Dieta livre; <i>pequeno almoço 0 h</i>				
2	SF 0,9% 500 ml EV 12/12 h				
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h				
4	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS				
5	Tilitatil 20 mg + AD EV 12/12 HS				
6	Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h				
7	CCGG + SSVV				
8					
9	CIRURGIA AMANHÃ com DR				
	BRUNO FERREIRA				
	Médico: Vitor de Carmo Filho Assistente: <i>Assistente</i> Data: 04/05/2019				





Nº. da Autorização de Internação

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2022017

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código de Internação: <b>238357</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>ROSILDA OLIVEIRA BELO</b>	6 - Frontuário: <b>510199</b>
7-CNS: <b>705206481808271</b>	8-Nascimento: <b>22/06/1969</b>
9-Sexo: <b>Feminino</b>	
11-Mãe: <b>ROSA MARIA OLIVEIRA BELO</b>	12-Fone: <b>86-98831-0778</b>
13-Resp: <b>MARIA DO SOCORRO</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>
15-Endr: <b>QD:O CS:23 - VILA SANTA MARIA - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

trauma de mão D com fratura de base de 5º metacarpo

## 21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
exame clínico e radiológico

## 23-Diagnóstico Inicial:

fratura de outros ossos do metacarpo

24-CID Prim.: **S623** 25-CID Sec.: 26-CID C. Ass.: 2

PROCEDIMENTO SOLICITADO				
1-Cod.Proced.: <b>0408020377</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FÍSARIA DOS METACARPIANOS</b>			
29-Clinica:	30-Caráter: <b>Ident.</b>	31-Docum.: <b>32-Doc. Méd. Solic.</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>MARCOS VITOR P de Carvalho Filho</b>	33-Série: <b>2</b>
	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>887.204.893-15</b>	<b>CRM-PI 6792 / E0142501</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO</b>	34-Data Solicitação: <b>04/05/2019</b>		35-Res.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº. Bilhete:	41-Série:
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico			
38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: <b>0408020377</b>	49-Num. Documento:

## 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Maria do Socorro de O. Belo*

50-Res.Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: **MARCOS VITOR**  
Consulta Local: **720047**  
Consulta SUS:  
Impressão: **04/05/2019 13:47:22**

**COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS  
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR**

CLIENTE...: 86552      ROSILDA OLIVEIRA BELO  
IDADE.....: 49 anos  
MÉDICO ...: BRUNO FREIRE  
SEXO.....:

CNS: 705206481808271  
REQ:  
DATA EXAME: 22/05/2019  
CONVÉNIO: SUS

**RX DA MÃO DIREITA**

**ACHADOS:**

Fratura em consolidação localizada na base do 5º metacarpo, com fios metálicos de fixação no 4º e 5º metacarpos.  
Interlinhas e superfícies articulares: integras.  
Partes moles sem alterações radiológicas.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Fratura em consolidação localizada na base do 5º metacarpo, com fios metálicos de fixação no 4º e 5º metacarpos.

100%  
DE SOLDA  
00 EST 2019  
LARVAT

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Osvaldo Soares de Carvalho Junior  
CRM 4090

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ilhotas  
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí  
Telefone / Fax: 3198-1500  
CNPJ: 07.995.466/0001-13  
E-mail: ceir@ceir.org.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 8

DIR



ROS

**CEIR**

CENTRO INTEGRADO  
DE REABILITAÇÃO

AV HIGINO CUNHA 1515 - ILHOTAS - TELEFONE: (86) 3198-1500



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710564808000000010279644>

Número do documento: 20071710564808000000010279644

Num. 10840880 - Pág. 9



88.6%

22/05/2019 12:31  
22/06/1969

VERA BELLO  
652



DIR



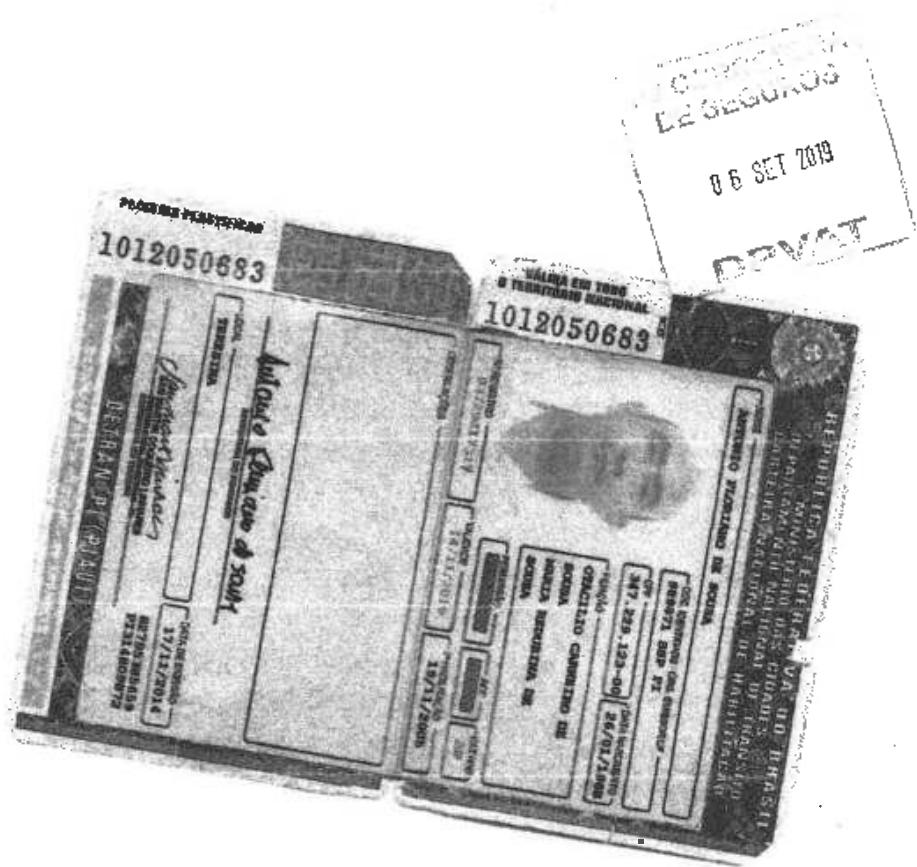
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710564808000000010279644>  
Número do documento: 20071710564808000000010279644

Num. 10840880 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710564808000000010279644>  
Número do documento: 20071710564808000000010279644

Num. 10840880 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071710564808000000010279644>  
Número do documento: 20071710564808000000010279644

Num. 10840880 - Pág. 12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETRAN-MA		Nº 014758455461	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXPIRAÇÃO:	
ODD NEVAM		R.N.T.R.G. 2019	
VA 01 165524669		NAME:	
ROSILDA OLIVEIRA BELO		PLACA:	
*****		NMT 6702	
		CHASSIS:	
364.133.723-20		FCZC4110ARE09944	
PLACA ANT / UF:		ESPECIE TIPO:	
V. NOVO PT		PAS/MOTOCICLETA/	
		MARCA / MODELO:	
HONDA/CB 125 FAN K8		ARTICULADA	
CAP / FOTO / CIL:		CATEGORIA:	
00002P/0124 CI		PRETA	
COTA UNICA		VENC. DOTA UNICA:	
I		08/03/19	
P		VALOR TOTAL (R\$):	
V		PAGAMENTO / COTAS:	
A 01		0,00	
PRAZO TARIFFARIO (MÊS)		PRAZO TOTAL (MÊS)	
80,11		0,32	
PRAZO TOTAL (DIA)		DATA DE PAGAMENTO	
14/04/19		04/04/19	
AF		/BANCO ITAUCARD S/A	
CENTRIN		DATA	
Larissa Abraão Britto		05/04/2019	
Quimara Geraldo			

SEGURADO LÍDER - DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT																															
MA N° 014758455461		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204																															
<table border="1"> <tr> <td>EXERCÍCIO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>05/04/2019</td> </tr> </table>		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	2019	05/04/2019	<table border="1"> <tr> <td>PLACA</td> <td>NMT6702</td> </tr> <tr> <td>MARCA / MODELO</td> <td>HONDA / C 0 125 FAN K5</td> </tr> <tr> <td>Nº CHASSI</td> <td>9C2JJC4110AR509944</td> </tr> </table>		PLACA	NMT6702	MARCA / MODELO	HONDA / C 0 125 FAN K5	Nº CHASSI	9C2JJC4110AR509944																				
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO																																
2019	05/04/2019																																
PLACA	NMT6702																																
MARCA / MODELO	HONDA / C 0 125 FAN K5																																
Nº CHASSI	9C2JJC4110AR509944																																
<table border="1"> <tr> <td>VIA</td> <td>01</td> <td>CPF / CNPJ</td> <td>364.133.723-20</td> </tr> <tr> <td>INÍCIO</td> <td>16524669</td> <td>CAT. / MARC.</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>ANO FAB.</td> <td>2009</td> <td>CAT. / MARC.</td> <td>09</td> </tr> </table>		VIA	01	CPF / CNPJ	364.133.723-20	INÍCIO	16524669	CAT. / MARC.	09	ANO FAB.	2009	CAT. / MARC.	09	<table border="1"> <tr> <td>PRÊMIO TARIFÁRIO</td> <td>DESENHO</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>PR\$ (R\$)</td> <td>36,05</td> <td>4,01</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO BILHETE (R\$)</td> <td>4,15</td> <td>0,32</td> </tr> <tr> <td>PAUTA (R\$)</td> <td>84,58</td> <td>40,06</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td>DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA</td> <td>04/04/19</td> </tr> </table>		PRÊMIO TARIFÁRIO	DESENHO	CUSTO DO SEGURO (R\$)	PR\$ (R\$)	36,05	4,01	VALOR DO BILHETE (R\$)	4,15	0,32	PAUTA (R\$)	84,58	40,06	PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		04/04/19
VIA	01	CPF / CNPJ	364.133.723-20																														
INÍCIO	16524669	CAT. / MARC.	09																														
ANO FAB.	2009	CAT. / MARC.	09																														
PRÊMIO TARIFÁRIO	DESENHO	CUSTO DO SEGURO (R\$)																															
PR\$ (R\$)	36,05	4,01																															
VALOR DO BILHETE (R\$)	4,15	0,32																															
PAUTA (R\$)	84,58	40,06																															
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO																															
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		04/04/19																															
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT																															
CNPJ 06.348.000/0001-04		0002572 DA																															
001 04323		0002572 DA																															







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 de 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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Flávio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-123-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosilene Oliveira Belo inscrito (a) no CPF sob o Nº 364-133-723-20,

do sinistro de DPVAT cobertura IT/Validice 2 da Vítima Rosilene Oliveira Belo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 364-133-723-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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.

Enderedo:	<u>Rua Travessia Serraria ADC 2 001</u>		
Bairro:	<u>Prado Brasil II</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>
Estado:	<u>P.</u>	CEP:	<u>6402-095</u>
E-mail:		Tel. (DDD):	<u>86.99498-2980</u>

Local e Data: Teresina 06/09/2019

SEGURADA  
DE SEGURO

06 SET 2019

Antônio Flávio de Souza

Assinatura do Declarante

DPVAT







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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003412/2019-88

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 06/09/2019 - 09:24

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

04/05/2019 - 10:51

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

LOURIVAL PARENTE

Endereço

AV PRINCIPAL DO LORIVAL PARENTE, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1189099

Mãe: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

Endereço: QD.O CASA.23, VILA SANTA MARIA, Nº

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RÉLATÁ QUE CONDUZIA A MOTOHONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2009, PLACA-NMT-6702-TIMON-MA, RENAVAM-165524669, DE SUA PROPRIEDADE, INFORMA QUE VIA NA VINHA ACIMA CITADA, QUANDO O CARRO DO LIXO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA MOTO CAIU SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA UPA DO PROMORAR, PRONTUARIO 157.493, E TRANSFERIDA PARA O HUT, PRONTUARIO 510.199. FATO TESTEMUNHADO CRACILENE GAIDO DE SOUSA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE POI

ROSILDA OLIVEIRA BELO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luzeyne Ferreira  
Delegacia de Repressão  
ao Crime de Trânsito  
06/09/2019 09:24





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Estou(a) (s) (não) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - PSE do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	364-133-727-20	Rosilda Oliveira Belo		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 34/405/2012				
5 - Nome completo:	6 - Profissão:		7 - Endereço:	8 - CEP:
7 - Profissão:	8 - Endereço:		12 - Cidade:	9 - Número:
11 - Bairro:	13 - Estado:		14 - CEP:	10 - Complemento:
Santa Maria da Vida, Pt	PI		54012-840	Casaq
15 - E-mail:	16 - Tel(DDD):		17 - Celular:	
	86-99498-2980		86-99498-2980	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para contas bancárias abertas, desde que o valor da indenização seja menor que o valor da poupança)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (337) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
Agência: 0029 <input type="checkbox"/> Conta: 00293907 <input type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> D				
Agência: <input type="checkbox"/> Conta: <input type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> D				
Nome do Banco: <input type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> D				
AGENCIA: <input type="checkbox"/> Conta: <input type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> D				
AGENCIA: <input type="checkbox"/> Conta: <input type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> D				
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária nº 00293907 da agência 0029, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a sua conta e estou ciente de que é crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE DANO DO PSL - PREENCHIMENTO SOBREVENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou (in)possibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assimilar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÓWOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOBREVENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente
24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima tem filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira)?	31 - Vítima teve irmãos?
	<input type="checkbox"/> Não	Felecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
			<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
				32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
				<input type="checkbox"/> Sim
				<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 299 do Código Penal.				
34	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____			
35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido				
Assinatura da testemunha				
36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido				
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____				
Assinatura da testemunha				
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/s pedido				
Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data:	Mariana PI 06/05/19			
41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)				
Assinatura do Procurador (se houver)				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 19



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.911/0022-02

- UTTOPORCH

**OLETIM DE ENTRADA (BE)**

DADOS DO PACIENTE:

Nome: **ROSILODA OLIVEIRA BELO**

Imp: 04/05/2019 12:15:05  
 User: WILLIAM MACHADO  
 Estação: CONSULPA03

Prontuário: **510199**

Mae: **ROSA MARIA OLIVEIRA BELO**

Pai:

End. Resid.: **QD:0 CS:23 - VILA SANTA MARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**

Nascimento: **22/06/1969** Idade: **49a10m12d**

Sexo: **Feminino**

Fone: **86-98631-0778**

Responsável: **MARIA DO SOCORRO**

CNS: **705206481808271**

Profissão: **COMERCIARIA**

Documento: **Reg. Masc: 00**

G. Instrução: **Não informado**

E.Civil: **Ignorado**

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **720047**

Entrada: **04/05/2019 12:05:13**

Convênio: **SUS**

Proced: **0301060061**

Motivo da Procura: **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)**  
 (Forma Paciente/Acomp): **VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS**

Condução:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		<b>Indefinido</b>

Brave História Clas. Risco:

RAIO-X: **09/08/2019** DATA: **09/08/2019** TÉCNICO: **WIL**

SSVV:	(Hora: _____)	mmHg
Peso: <b>0,00 Kg</b>	Altura: <b>0,00 M</b>	IMC: <b>0,00 Kg/m2</b>

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
 Paci vítima de acidente motociclistico há 3 horas, apresenta edema e restrição de movimentação em punho e mão direitos. Encontra-se consciente, orientada e cooperativa. Nega perda de consciência, otorragia e rinorragia.

: vias aéreas pélvias, sem uso de colar cervical e prancha rígida.

→: MV + bilateralmente sem RA.

C: AC: BNF, RR em 27, S/S. Abdome flácido e inocente, pelve estável; SatO2: 98%. pulso 80

: Glasgow 15, pupilas iso-foto

→: sem escoriações.

CD: solicito raio-x de mão direita e avaliação do ortopedista.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:	
(1209048) - MAO DIREITA	<i>W. Soares de Souza de 3º andar 01/05/2019 at: Internar para tratamento cirúrgico</i>

Prescrição Médica:	
	<i>Marcos Vitor de Carvalho Filho Traumatologista Ortopédica CRM-PI 4792 TECUT 12501</i>

Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto)	<i>W. Soares de Souza de 3º andar 01/05/2019 at: Internar para tratamento cirúrgico</i>



*Assinatura do Paciente ou Responsável*

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
 CRM 3811. Em: 04/05/2019 12:15:03



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

---

**Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190521235**      **Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO**

**Data do Acidente: 04/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROSILDA OLIVEIRA BELO**

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**Recebedor: ROSILDA OLIVEIRA BELO**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000029**

**Conta: 00000293907-0**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 21



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

---

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190521235

Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSILDA OLIVEIRA BELO

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14917130

Pag. 00497/00498 - carta\_01 - INVALIDEZ



00440249



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 22



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Estou(a) (s) (não) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE				
2 - PSE do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:						
	364-133-727-20	5 - CPF: 364-133-727-20 Rosilda Oliveira Belo						
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 34/405/2012								
6 - Nome completo:	7 - Profissão:		9 - Número:	10 - Complemento:				
Rosilda Oliveira Belo	Vendedora		23	Casaq				
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Tel.(DDD):				
Santa Maria da Vida, Pt	Teresina	PI	54012-840	86-99498-2980				
16 - E-mail:	DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							
17 - Nome completo do Representante Legal:								
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:							
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).								
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:								
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00								
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)								
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para contas bancárias abertas, desde que o valor da indenização seja menor que o valor da poupança)								
<input type="checkbox"/> Bradesco (337) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)								
Agência: 0029 <input type="checkbox"/> Conta: 00293907 <input checked="" type="checkbox"/> D (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> AGENCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: 16 SET 108 (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> (Inserir o dígito de verificação) <input type="checkbox"/> (Inserir o dígito de verificação)								
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária nº 00293907 de Rosilda Oliveira Belo, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e deixo, deixo, e a lei, que sou a única e efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.								
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE DANO DO PSL - PREENCHIMENTO SOBREVENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE								
Declaro, sob as penas da lei, que estou (in)possibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assimilar uma das opções):								
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.								
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.								
DECLARAÇÃO DE ÓNCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOBREVENTE PARA COBERTURA DE MORTE								
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:						
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima tem filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 299 do Código Penal.								
34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido				38 - 1º Nome: _____ CPF: _____			
					Assinatura da testemunha			
					39 - 2º Nome: _____ CPF: _____			
					Assinatura da testemunha			
36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido					40 - Local e Data: <i>Maria P. 06-05-19</i>			
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/s pedido					41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Maria Oliveira Belo</i>			
					42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
					43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 24

# 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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILDA OLIVEIRA BELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000293907-0

---

Nr. da Autenticação D88B367C3D2F3ED3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 25

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310339/19

**Vítima:** ROSILDA OLIVEIRA BELO

**CPF:** 364.133.723-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/05/2019

**Titular do CPF:** ROSILDA OLIVEIRA BELO

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00**

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

**ROSILDA OLIVEIRA BELO : 364.133.723-20**

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](http://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: 06/09/2019  
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA  
CPF: 347.229.123-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 26

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190521235      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSILDA OLIVEIRA BELO      **Data do acidente:** 04/05/2019      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.  
(P2,5,8,9,10)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE:

Nome: Rosilda Oliveira Bilo  
RG: 1.199.099 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 364.133.773-70  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteira Profissão: Comerciária  
Endereço: Residencial P. de Tauro Q-0 Casa 23 N° 23  
Bairro: S-Nº da Codipa Cap: 64012-840 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 9 8803-5143 (86) 9 8888-0423 ( )

### OUTORGADO:

Nome: Antônio Floriano de Souza  
RG: 866671 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.236.123-00  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo  
Endereço: Rua Trevanyan Felinto Q-C2 N° 23  
Bairro: Parque Brasil Cap: 64012-006 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 9 5494-2010 (86) 9 5112-3010 ( )

Peço Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURO-ADAS LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substituir e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à

Vítima: Rosilda Oliveira Bilo  
CPF: 364.133.773-70 Data do Acidente: 04/10/2019  
Cobertura solicitada:  Invalidade Permanente  DANOS  Morte

Teresina - PI 06 de Setembro 2019  
Local e data

Rosilda Oliveira Bilo  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)





**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Av. Lourdes Neves, 123 - Centro - CEP 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0109 - Email: [teresina@teresina.tjpi.jus.br](mailto:teresina@teresina.tjpi.jus.br)  
Título: Anália Gangalho de Sampaio Freitas

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ROSILDA OLIVEIRA  
BELO, DQV FÉ, EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 06/09/2019.  
Selos: AAI58079-ND88  
www.tjpi.jus.br/portalxtra

**KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA**  
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - DP: 121  
PROCURAÇÃO

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**Kelly de Abreu Valverde**  
Teresina-PI

**CONSULTE O SELO DIGITAL**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>  
Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 29