

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0807942-45.2020.8.18.0 x Merge PDF files online. x + -

tpj.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=491466&ca=dce7b81858dd43672400e6205ca0a93... Pausada

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

**Pje** ProceComCiv 0807942-45.2020.8.18.0140 ROSA MARIA ALVES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

11114939 - CONTESTAÇÃO (2739390 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/08/2020 18:08:33

03 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11114938 - CONTESTAÇÃO
    - 11114939 - CONTESTAÇÃO (2739390 CONTESTACAO 01)
    - 11114941 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
    - 11114942 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 11114993 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)
    - 11114994 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

downloadBinario.seam 1 / 10

2739390- C3/ 2020-02772/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Ativar o Windows  
Ativar o Windows.  
Para obter o máximo do seu computador, ative o Windows.

prot+proc adm.pdf prtto+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+pc.pdf Exibir todos

18:09 03/08/2020



Número: **0807942-45.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **25/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSA MARIA ALVES DA SILVA (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11114941	03/08/2020 18:08	<a href="#">PROC ADM</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009269/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2019 11:23 Data/Hora Fim: 21/10/2019 11:33  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 28/09/2019 01:05

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: Avenida Zequinha Freire  
Complemento: ROTATÓRIA

Bairro: Santa Isabel

CEP: 64.053-400

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSA MARIA ALVES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 13/08/1968

Profissão: Costureiro

Estado Civil: Separado(a)

Nome da Mãe: Iracema Alves da Silva

Em Serviço: Não

Nome do Pai: Osmar Correa da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 340.575.523-91

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA ALONSO CARVALHO

Nº: 4400

Complemento: VILA LUCI

Bairro: PARQUE JUREMA

Telefone: (86) 9468-9929 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

CPF/CNPJ do Proprietário: 340.575.523-91

Placa: PIH1130

Renavam: 01035846621

Número do Motor: WY139FMA14407155

Número do Chassi: LWYMCA209F6007493

Ano/Modelo Fabricação: 2015/2014



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior  
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318083229100000010533510>

Número do documento: 20080318083229100000010533510

Num. 11114941 - Pág. 1

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 340.575.523-91 4 - Nome completo da vítima: Rosa Maria Alves da Silva

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

5 - Nome completo: Rosa Maria Alves da Silva 6 - CPF: 340.575.523-91  
7 - Profissão: Recusado-me 8 - Endereço: Rua Menes Barbalho 9 - Número: 4402 10 - Complemento:  
11 - Bairro: B. Urbana 12 - Cidade: Guaruá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 93821-4516

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 742035 3  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guaruá, 23 de janeiro de 2020.

Rosa Maria Alves da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**


Número do Sinistro: 3200039927  
Nome do(a) Examinado(a): Rosa Maria Alves da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alonso Carvalho, 4402 Casa  
Urbano Teresina PI CEP: 64000-090  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 931200  
Data local do acidente: [ 28/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 03/02/2020 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO  
FRATURA OBLIQUA NA DÍAFISE DO 4º METATARSO DIREITO  
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS NO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO  
Complicações: AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO  
Data da Alta: 28/11/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.  
LIMITAÇÃO ANATÔMICA TOTAL DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.**
- Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- ( ) "Vítima em tratamento" ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>3º DEDO DO PÉ - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>4º DEDO DO PÉ - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br><b>2º DEDO DO PÉ - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa <b>(X) 100% completo</b> | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   |

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira  
CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 340.575.523-91 4 - Nome completo da vítima: Rosa Maria Alves da Silva

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

5 - Nome completo: Rosa Maria Alves da Silva 6 - CPF: 340.575.523-91  
7 - Profissão: Recusado-me 8 - Endereço: Rua Menes Barbalho 9 - Número: 4402 10 - Complemento:  
11 - Bairro: B. Urbane 12 - Cidade: Guaxina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 95821-4516

## 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 742085 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guaxina, 23 de janeiro de 2020.

Rosa Maria Alves da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039927

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01163/01164 - carta\_02 - INVALIDEZ

00080582



Carta nº 15441589



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318083229100000010533510>

Número do documento: 20080318083229100000010533510

Num. 11114941 - Pág. 5





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, 15 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200039927**

**Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

**Recebedor: ROSA MARIA ALVES DA SILVA**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000002004**

**Conta: 00000742085-3**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,







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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039927

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15411291



# 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:	11/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

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

CLIENTE: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000742085-3

---

---

Nr. da Autenticação 6F715AB69C1625BA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033673/20

**Vítima:** ROSA MARIA ALVES DA SILVA

**CPF:** 340.575.523-91

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/09/2019

**Titular do CPF:** ROSA MARIA ALVES DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**ROSA MARIA ALVES DA SILVA : 340.575.523-91**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020  
Nome: ROSA MARIA ALVES DA SILVA  
CPF: 340.575.523-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

ROSA MARIA ALVES DA SILVA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

**Data da análise:** 28/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 3º E 5º METATARSOS DIREITOS.  
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE PROXIMAL DE 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.13,20)

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**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 MODERADA DO PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** AMPUTAÇÃO DO DEDO INSERIDA NA SEQUELA DO PÉ COMO UM TODO.

**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 um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO  
FRATURA OBLIQUA NA DIÁFISE DO 4 METATARSO DIREITO  
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/02/2020

**Conduta mantida:**

**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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

**Data da análise:** 28/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE 3º E 5º METATARSOS DIREITOS.  
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE PROXIMAL DE 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.13,20)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO  
FRATURA OBLIQUA NA DIÁFISE DO 4 METATARSO DIREITO  
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADIAS**

**DETRAN - PI** Nº 011121625112  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01035846621 2014

ROSA MARIA ALVES DA SILVA

\*\*\*\*\*

34057552391 PIH-1130

LWYMC209F6007493

PAS/CICLOMOTO/NENHUMA

1/WUYANG WY50QT 2 2014 2015

002P/000CV

00000000

1º ISENTO

2º DO

3º IPVA

PBT: 000.10

ALIENACAO FIDUCIARIA

RECON ADMINISTRADORA DE CONSORCIO

TERESINA

20/01/2015

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO**  
**COMO TOME SEU TERRESTRE, VULHOS, DE CARGA, APENSO**  
**TRANSFIRA TODAS QUINAS - SEGURO DPVAT**

**PINº 011121625112** **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

34057552391 PIH-1130 2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodoinsilo.com.br](http://www.dpvatsegurodoinsilo.com.br)  
SAC DPVAT 0800 622 1204

2014 20/01/2015

1 34057552391 PIH-1130

01035846621 I/WUYANG WY50QT 2

2014 LWYMC209F6007493

PRÊMIO TARIFARIO

010,75 001,19 011,94

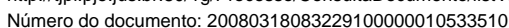
004,15 000,10 028,15

X 19/01/2015

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**  
CHPJ 08.340.553/0001-44  
[www.segseguradoredpvat.com.br](http://www.segseguradoredpvat.com.br)

FEB-2014







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 009269/2019-A01

Cor BRANCA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo IWUYANG WY50QT 2
Modelo IWUYANG WY50QT 2	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 20/01/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosa Maria Alves da Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A NOTICIANTE QUE TREFEGAVA PELA VIA ACIMA CITADA, MOMENTO EM QUE FOI COLIDIDA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU CONFORME CHAMADO Nº 4509 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO Nº 118838, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

Erika Mourao Melo de Aguiar  
Delegado de Polícia  
Matrícula 1300768  
Responsável pelo Atendimento

Rosa Maria Alves da Silva  
Rosa Maria Alves da Silva  
(Condução / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Erika Mourao Melo de Aguiar  
Delegado de Polícia  
Matrícula 1300768



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior  
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:08:32

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318083229100000010533510>

Número do documento: 20080318083229100000010533510


Num. 11114941 - Pág. 17



AUTOATENDIMENTO - AG DIRCEU ARCOVERDE  
DATA: 23/01/2020 HORA: 09:47:14  
TERMINAL: 33891012 CONTROLE: 338910120127

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00742085-3  
NOME: ROSA MARIA ALVES DA SILVA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 99466-9929

NÚMERO DO ENVELOPE: 509645550

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

