



Número: **0826395-25.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIZ VIEIRA DA SILVA (AUTOR)		TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10676650	17/07/2020 09:37	Despacho	Despacho
10568363	01/07/2020 13:58	Certidão	Certidão
10060112	03/06/2020 09:45	Certidão	Certidão
10052866	02/06/2020 19:32	Petição	Petição
10052868	02/06/2020 19:32	LUIZ VIEIRA DA SILVA	Petição
6635733	13/04/2020 18:47	Despacho	Despacho
6421401	20/09/2019 08:53	Certidão	Certidão
6408628	19/09/2019 11:14	Petição Inicial	Petição Inicial
6408640	19/09/2019 11:14	DOC. 01	Documentos
6408641	19/09/2019 11:14	PETIÇÃO	Petição
6408642	19/09/2019 11:14	PROCURAÇÃO	Procuração
6409146	19/09/2019 11:14	DOC. 02	Documentos



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

3ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0826395-25.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: LUIZ VIEIRA DA SILVA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos.

Considerando a certidão retro, cite-se o réu e intime-se a parte autora para comparecerem à audiência de conciliação que designo para Segunda-feira, 05 de Outubro de 2020 às 09:50 na sala 3 do Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania - CEJUSC, situado no(a) Praça Des. Edgard Nogueira S/N, Centro Cívico, 64000-830, TERESINA-PI, Fórum Central Cível e Criminal – 5º Andar.

Advirto, com fulcro no artigo 334, §8º, do CPC, que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado.

As partes devem estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos (art. 334, §9º, do CPC).

A parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir. (art. 334, §10º, do CPC).

TERESINA-PI, 8 de julho de 2020.

Juiz de Direito da 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

GABINETE DA 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0826395-25.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: LUIZ VIEIRA DA SILVA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO

Certifico que, nesta data, faço a conclusão do presente processo para despacho/decisão/sentença.

Certifico ainda que as partes não foram intimadas para audiência em razão da pandemia covid19 e redistribuição para secretaria.

TERESINA-PI, 1 de julho de 2020.

JOAO BATISTA DE MORAIS

Secretaria da 3ª Vara Cível da Comarca de Teresina



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

8º Cartório Cível da Comarca de Teresina

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0826395-25.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: LUIZ VIEIRA DA SILVA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

CERTIFICO QUE, nesta data, efetuei a redistribuição do presente feito à Secretaria desta Vara, conforme previsto na Resolução 15/2009, Art. 2º, §1º bem como portaria 487/2009, Art. 3º, §§ 2º e 3º, ambos do Tribunal de Justiça do Estado do Piauí.

O referido é verdade e dou fé.

TERESINA-PI, 3 de junho de 2020.

LEDA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

Secretaria do 3º Cartório Cível da Comarca de Teresina

..

Escritório de Advocacia

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE TERESINA - PIAUÍ.**

PROCESSO Nº: 0826395-25.2019.8.18.0140

LUIZ VIEIRA DA SILVA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, que move em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** por seu procurador, *in fine*, mandato anexo, vem, com o devido respeito, à presença de Vossa Excelência, atendendo ao Despacho **id:** 6635733 **DIZER E REQUERER** o que segue:

O Autor é pessoa de pouco recurso e não possui internet em casa o que por si só já inviabilizaria a realização da Audiência. Assim, considerando que o Autor não dispõe dos meios eletrônicos necessários para a realização de Audiência por Videoconferência REQUER-SE a não realização da referida Audiência Virtual.

Termos em que,

Pede deferimento.

Teresina, 30 de maio de 2020

Luciano Onofre Fonseca de Santana
OAB/PI 10.765



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

1º Cartório Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0826395-25.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: LUIZ VIEIRA DA SILVA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos,

Trata-se de ação de cobrança, em que pleiteia a parte autora ressarcimento em virtude de acidente envolvendo veículo automotor.

Passo a analisar o pleito.

Inicialmente, defiro à parte o benefício da gratuidade judiciária (art. 99, §3º, do CPC).

Cite-se o requerido e intime-se a parte autora para comparecerem à audiência de conciliação que designo para segunda-feira, 08 de junho de 2020 às 10:30 na sala 02 do Centro Judiciário de Soluções de Conflitos e Cidadania – CEJUSC, situado no(a) Praça Des. Edgard Nogueira S/N, Centro Cívico, 64000-830, TERESINA-PI, Fórum Central Cível e Criminal – 5º Andar.

Advirto, com fulcro no artigo 334, §8º, do CPC, que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado.

As partes devem estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos (art. 334, §9º, do CPC).

A parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir. (art. 334, §10º, do CPC).

TERESINA-PI, 11 de abril de 2020.

Juiz de Direito do 3º Cartório Cível da Comarca de Teresina



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

3º Cartório Cível da Comarca de Teresina

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0826395-25.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: LUIZ VIEIRA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação e pedido de concessão e assistência judiciária gratuita do processo, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

TERESINA-PI, 20 de setembro de 2019.

ROXELLY FERNANDA LUCENA GUIMARAES
Secretaria do 3º Cartório Cível da Comarca de Teresina

SINISTRO 3180071772 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA LUIZ VIEIRA DA SILVA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO****JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP****BENEFICIÁRIO LUIZ VIEIRA DA SILVA****CPF/CNPJ: 83797360363****Posição em 18-06-2019 17:32:43**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/04/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



CLÍNICA

São Bernardo
consultas e exames

Rua Sete de Setembro, 239/Sul • Teresina-PI • Fone/Fax: 3221-4748 / 3222-0890
e-mail: clinicasaobernardo@yahoo.com.br

#DECLARAÇÃO MÉDICA#

Declaro para os devidos fins de
direito que Luiz Vieira da Silva,
vítima de acidente motociclístico
em 24/4/2017 apresentou lesão
bursite no tornozelo direito
e ao fim do tratamento médico
cirúrgico apresenta limitação
funcional em torno de 50%.

CTD 10-5826

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

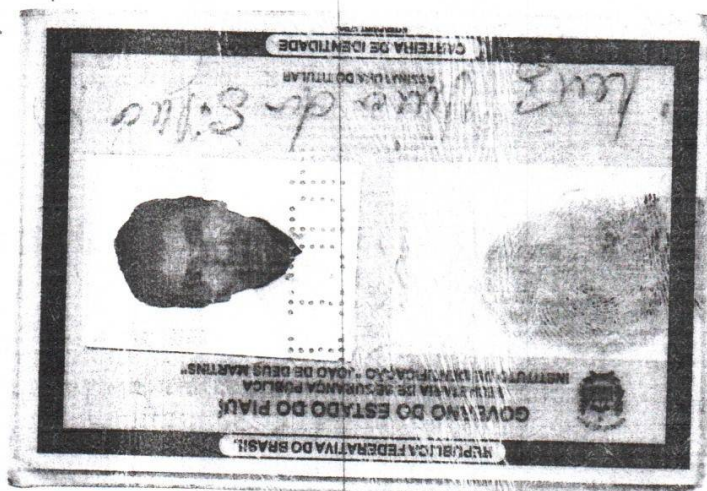
04 ABR 2018

DPVAT

Dr. Flávio Nogueira de S. Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI-3402

Teresina, 03 de abril de 2018

CLÍNICA MÉDICA • CARDIOLOGIA • GASTROENTEROLOGIA • GINECOLOGIA
NUTRÍCIA • MEDICINA DO TRABALHO • NUTRICIONISTA • ORTOPIEDIA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	413.872
DATA DE EXPEDICIÓN	07/06/10
NOME	LUIZ VIEIRA DA SILVA
FILIAÇÃO	RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA
NATURALIDADE	COROATÁ-MA
DATA DE NASCIMENTO	05/09/1956
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 314 L 12 F 131
EXP. REGENERAÇÃO-PI	02/05/81
CPF	837.973.603-63
TERCEIRA - PI	837.973.603-63
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 80.250/83	



AGUAS DE TERESINA SAN. SPE SA
Telefone: 0800 223 2000
CNPJ/MF 27.157.474/0001-06
AVENIDA ODILON ARAÚJO, 1035
TERESINA (PI) CEP 64017-280

Matrícula: 14143151-2
Fatura nº: 151661951
Referência: 12/2017
Data de Vencimento: 08/01/2018
Valor: R\$ 46,94

Data de Emissão: 25/01/2018
Hora de Emissão: 12:46:17

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: LUIZ V DA SILVA
PROPRIETÁRIO: LUIZ V DA SILVA
CON RESID DIGNIDADE, Q-024-CASA-008-ANGELIM-TERESINA-PI-
cep:64034400

MATRÍCULA: 14143151-2

GRUPO: 16

LOCALIZAÇÃO: 016-00027-000080

HIDRÔMETRO: A05L120243

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial Normal

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
06/2017	Mínimo	1405	0	11	
07/2017	Lido	1416	11	11	
08/2017	Lido	1428	12	12	
09/2017	Lido	1438	10	10	
10/2017	Lido	1448	10	10	
11/2017 (Anterior)	Mínimo	1448	0	10	24/11/2017
12/2017 (Atual)	Mínimo	1472	24	14	26/12/2017

Dias de Consumo: 32

Média Consumo Diário (m³): 0,3125

Média Consumo Mensal (m³): 10

FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
------------	------------	-------------

DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

Valor (R\$)

VALOR REFERENTE AGUA - 46,27		
> Residencial Normal	14m³	46,27
JUROS POR ATRASO	10/2017	0,13
MULTA POR ATRASO	10/2017	0,54

Demais Lançamentos 0,00

TOTAL A PAGAR 46,94

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incidem os seguintes tributos: PIS e COFINS.

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = 46,94 * 1,65% = 0,77

COFINS = 46,94 * 7,60% = 3,56

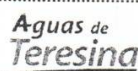
*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 10 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6, §3, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3126	3046	80	1,26	0,20-5,00 mg/L
Cor Aparente	3119	2923	196	6,92	Inferior a 15,00
Ph	3124	3021	103	6,84	6,00-9,50
Turbidez	3121	2926	195	2,08	Inferior a 5,00
Coliformes To	834	814	20	Ausente	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	831	822	12	Ausente	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.



FATURA DO MÊS

FATURA: 12/2017 Nº 151661951

NOME: LUIZ V DA SILVA

MATRÍCULA: 14143151-2

VENCIMENTO: 08/01/2018

VALOR (R\$): 46,94

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



2017-151661951-01-001-04-6



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

595 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000412/2018-45

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 26/01/2018 - 16:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

Data/Hora

24/11/2017 - 04:25

Bairro

CABRAL

Ponto de Referência

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA (61 ANOS)

RG: 413872 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA

Endereço: QD 24 CASA 08, Nº

Complemento: RESIDENCIAL DIGNIDADE

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, COR VERMELHA, PLACA OED-3758-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL TOYOTA/ETIOS HB X, COR PRATA, PLACA PIH-9679-PI, QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CONDUTOR DO ETIOS E LEVADA PARA A UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 102356); QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA JOAQUIM FERREIRA DA SILVA, RG: 529389 SSP-PI, RESIDENTE NA QD 24 CASA 07, RESID. DIGNIDADE, ANGELIM. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima Cordeiro
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Luiz Vieira da Silva
LUIZ VIEIRA DA SILVA (61 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893
Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 983368 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 24/11/2017

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053440/18
Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA
CPF: 837.973.603-63

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/11/2017
Titular do CPF: LUIZ VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUIZ VIEIRA DA SILVA : 837.973.603-63

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/02/2018
Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 837.973.603-63

LUIZ VIEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/02/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CADASTRO SEGURO DE VIDA

S = 3180071772

NOME:

Luiz Viana da Silva

Q24 COS

Regimental B. Angélica

BAIRRO:

86.9479 8208

CELULAR:

86 99802 7291

Nº CONTA:

CPF:

VISITA:

DATA ACIDENTE: 24/11/2017

ALTA:

CÓPIAS RECEBIDAS:

CPF: () COMPROVANTE ENDEREÇO () PROTOCOLO: HU ()
DELETIM OCORRÊNCIA () DOCUMENTO VEÍCULO () CONTA POUPANÇA
PRONTUÁRIO MÉDICO () TESTEMUNHA: () RG ()

INTERNACÃO

HPM () G. VARGAS () SÃO LUCAS () COT () PRONTO MED
HOSPITAL DO BAIRRO:

30A VÍTIMA LEVADA AO HOSPITAL POR:

POR TERCEIROS ()

POR AMIGOS ()

BUSCA DE PRONTUÁRIO HOSPITALAR DE ACORDO COM AS NORMAS

SITUAÇÃO

2º

3º

ASS:

Luiz Viana da Silva

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Luiz Vieira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 24/11/2017 CPF DA VÍTIMA 837913603-63
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR SR VÍTIMA
 A VÍTIMA É Reus Vieira da Silva () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 ENDEREÇO DO PORTADOR Ob4 Casa 02
 Nº COMPLEMENTO R. Sid. Dignidade BAIRRO Angelim
 CIDADE Arerion UF PA CEP 34000-000
 E-MAIL TELEFONE (86) 9997-0660

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () INAPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE - ORIGINAL QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: Cópia DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL - QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO: Cópia DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL - QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 413.872
 ASSINATURA _____
 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

837.973.603-63

Nome completo da vítima

Rui Viana da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Rui Viana da Silva
Endereço: Ed 24 Casa 08
Bairro: Angelim
Cidade: Teresina
Estado: Piauí
CPF titular da conta: 837.973.603.63
Número: 837.973.603.63
Profissão: Resid. Sigridade
Complemento: CEP: 66.000-000
Telefone (DDD): 86-99997-0660

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO: 2004 D/V: 15898		Banco: NRO: AGÊNCIA NRO: D/V: CONTA NRO: D/V:	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 26 de Janeiro de 2018

Local e Data

Rui Viana da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ruiz Vieira da Silva

CPF da Vítima

837.973.603/63

Data do Acidente

24/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ruiz Vieira da Silva

Email

CPF do Representante legal

837.973.603/63

Telefone (DDD)

86-99997-0660

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Termina 26 de Janeiro de 2018

Local e Data

Ruiz Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Terresina

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 35 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.204/0015-32

UPA
24h

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 24/11/2017 18:06:
(User: TERCIO DANTAS)
(Estação: SERVIÇOSOCIAL)

Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA		Prontuário: 1023
Mãe: RAIMUNDA VIEIRA D ASILVA		Pai:
End.Resid.: CONJ DIGNIDADE QD 24 CASA 8 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 05/09/1956	Idade: 61a:2m:19d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão:		Documento: RG: 4013872 - SSP
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado
End.Local.:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 218981	Entrada: 24/11/2017 17:21:23	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo

Breve História Clas. Risco:

Acidente de motocicleta há 1 hora e meia, colisão carro-moto, apresenta edema e refere dor em tornozelo D

KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA
COREN/PI 276884
Em: 24/11/2017 17:24:52

SSVV:	(Hora:)	Ass. Profissional Clas. Risco:
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2
Pulso: 0	bmp	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente de trânsito
apresenta fratura bimaléolar em tornozelo direito e necessita de cirurgia
cd: cirurgia

Diagnóstico Inicial:

Fratura do maléolo lateral

CID:
S826

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

cetoprofeno 100mg-----1amp
dipirona-----1amp
soro fisiológico-----100ml ev

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA: / /

HORA:

Dr. Tercio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3824

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 24/11/2017 18:06:57

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

5826

De:	UPA	Para:	HUT / HU / HRM
Luiz Viana de Silva			Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura bilateral e torçao do			
TERESINA-PI	Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 23374		
24/11/17	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo		

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 65371704	Nº DA REGULAÇÃO: 7705
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: LUIZ VIEIRA DA SILVA	NASCIMENTO: 05/09/1956

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTA FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO LATERAL			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURACÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 24/11/2017 20:24:47
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

2



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Luiz Vieira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 420266

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3223 372
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 24/11/2017 23:03:09

DADOS DO PACIENTE:

(User: RAIMUNDA SOARES)
(Estação: RECEPCAO)

Nome:	LUIZ VIEIRA DA SILVA			Prontuário:	420266
Mãe:	RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA			Pai:	NÃO DECLARADO
End. Resid.:	QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	05/09/1956	Idade:	61a:2m:19d	Sexo:	Masculino
Responsável:	LUZIMAR DA SILVA			CNS:	709202257191338
Profissão:	ZELADOR			CPF:	* RG: 413872 - SSP-PI
G. Instrução:	Não informado			P. Civil:	Casado(a)
End. Local.:	-				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	638597	Data:	24/11/2017 23:00:01	Condição:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente encaminhado à UPA para tratamento cirúrgico -
vítima de acidente de trânsito - fratura de tornozelo
na região do tornozelo
is: Intensa p/ dor cirúrgica.

PA _____ X _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

PM Dorado (D)

CID:

I82.3

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:

- () Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

() Retornar à Unid. Origem: _____
() Transferência: _____

DATA SAÍDA: ____/____/____. HORA: ____:____.

ÓBITO:

- () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DESTINO:

() Internação na Unidade
Proced. Solicitado: 04080 50487

CID Compatível:

Dr. Eduardo Régis de A. Bona Miranda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4809-700612418
Solicitante
Internação:

Luizimar da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

NOME DO PACIENTE <u>Wit VIEIRA</u>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <u>24/11/17</u> HORA: <u>10:00</u>	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV					
RAIO-X REALIZADO DATA: <u>24/11/17</u> Técnico: <u>[assinatura]</u>					
23.11.17 10:00h pcf consciente, orientado, afetivo. Exprimido. manuseio. Em regime. Duvidas espn- fonora. PS - 110x79mmHg.					
SEDEM A PARTIR 00:00 Uniq: 01.60000					
esc6 → OK - Prof. [assinatura]					
Dr. [assinatura] Cláudio A. Bona Miranda Otorrinolaringologista TEOT: 12416 CONEX: 4809					
Dr. [assinatura] José Ferreira Neto Secretário do Departamento de Atendimento CRM 1558 CNPJ 088.887.373-39					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente 1212 Vitoria Lima
Diagnóstico pré-operatório FRATURA BIMALAROLAR TWZ
Operação - Tipo OSTEOTOMIA (RIFI)
Cirurgião Dr. Leocádio Soares 1º Assistente Jr. Borges
2º Assistente Dr. Leocádio Soares 3º Assistente
Instrumentador(a) Jackson Anestesista Joaquim Anestesia Raque
Anestésico(a)

Data da Operação 25/11/17 Início 16:20 Fim 17:10
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Lavagem em ASA, sob anestesia com MID ganstacido.
- 2) Amputação + anti amputação com compor exte -
- 3) Incisão lateral + dissociação + RIFI com paraf. inter -
- 4) Incisão medial + dissociação + RIFI com 2 paraf. -
- 5) LMC com 540, 911 + Sufuras + Compur -
- 6) Retirada do gesso com BPI.
- 7) A SRAA

Dr. Leocádio Soares
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409
Mod. 76 HUT

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/11/2017

NOME DO PACIENTE: <u>Luiz Zileira da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>2420266</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: <u>Trat cirurg pat</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Leão Soares</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Leão Soares</u> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 4468 - TEOT 12409	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Bonfim</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Fernanda</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jacksony</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>Nº 24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>01</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>-</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500 ml</u>	UNID.	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Cateter 02</u>		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrodo -</u>		<u>01 unid</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>Escovas -</u>		<u>03 unid</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Faixa de suture</u>		<u>02 unid</u>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Algodão ortopédico</u>		<u>02 unid</u>	
ALCOFIL				<u>Crepom -</u>		<u>03 unid</u>	
MONONYLON <u>2.0</u>		<u>021</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>		<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Solange Moutinho</u>			
PROLENE							

Solange Nazaré C. MoutinhoTéc. Enfermagem
COREN-PI: 453.434 MOD - 094

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 31252

AIH: 2217102390349

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA

CNES
7823169

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

709202257191338

NOME DO PACIENTE

LUIZ VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTO CPF

8694798208

TELEFONE

8694798208

NOME DA MÃE

RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA

NASCIMENTO

05/09/1956

SEXO

M

PRONTUÁRIO

420266

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

RESPONSÁVEL

LUZIMAR

BAIRRO

DIGNIDADE

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

NUMERO / LOTE

8

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOZELO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24/11/2017

DATA ADMISSÃO

24/11/2017 23:00

DATA ALTA

26/11/2017 10:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

CPF: 64435121387

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

ERICA PATRICIA CHAVES
CPF: 89671341349

CRM:

DATA ANÁLISE: 25/11/2017 01:05:23

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

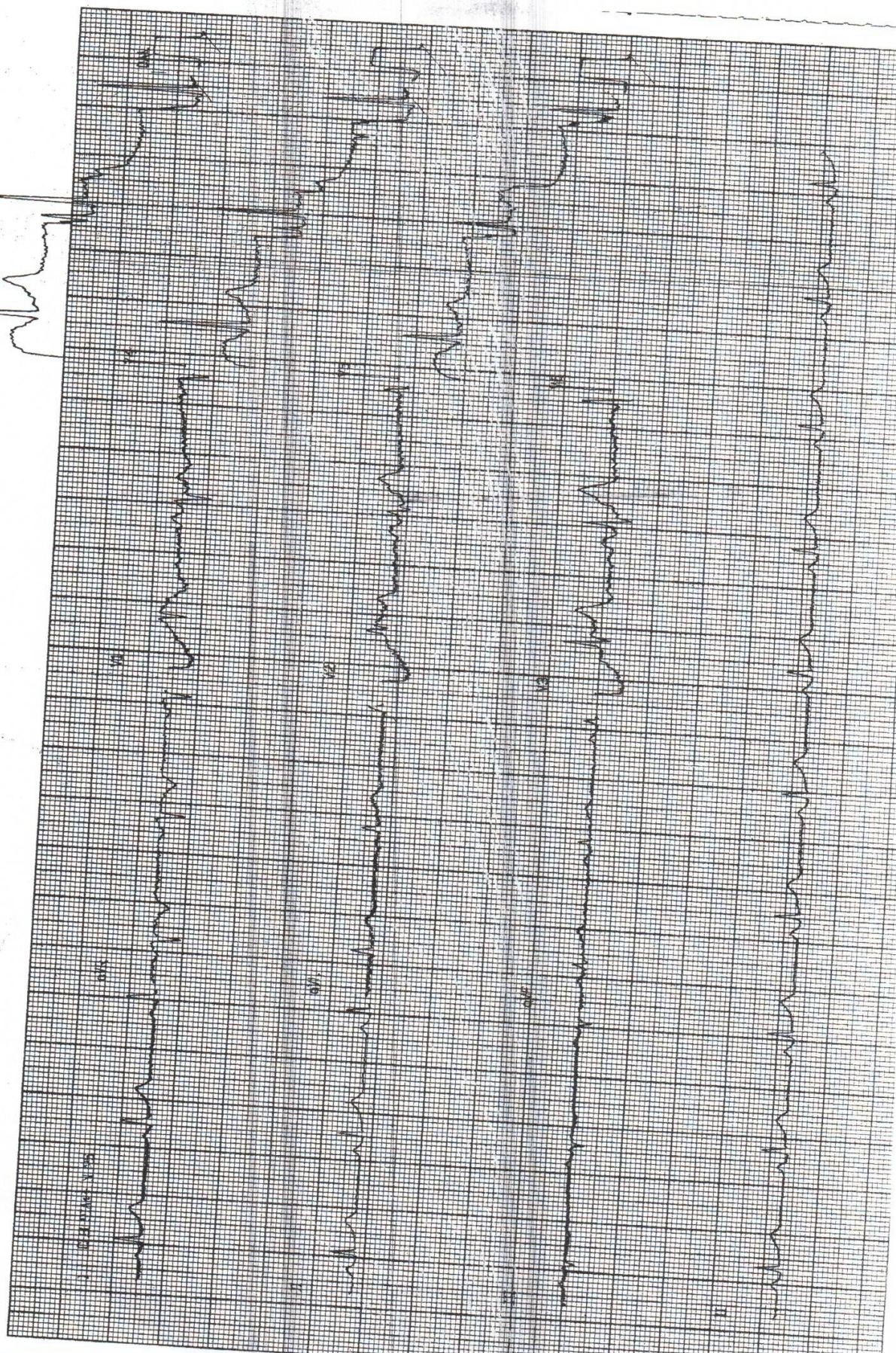
CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

2-



PRESCRIÇÃO MÉDICA

SOMO EXMP

DATA/HORA CÓDIGO	NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
25/11/17	VIANA Lina	40000	Ortopédica	Comodo 7	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				
2	SF 0,9% 1000 mL, EV, 14 gts/min				
3	CEFALOTINA 1g (1 AMP) + AD, EV, 6/6h				
4					
5	OMEPRAZOL 40 mg (1 AMP) + AD, EV, 1x/dia				
6	DIPIRONA 500mg/mL (1 AMP) + AD, EV, 6/6h				
7	TILATIL 20 mg (1 AMP) + AD, EV, 12/12h				
8	TRAMAL 100MG + 100 mL SF 0,9% EV, 6/6h				
9	MEMBRO OPERADO ELEVADO				
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS				
11					
21:15 - Obediente aos PDJ da internação de quem deu RNZ D, vítima de acidente motorístico, com fratura de braço, operado, sem dor, evoluindo bem, sem medicação. 26/11/17 Alta hospitalar a pedido do médico.					

DE LEONARDO SOARES
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-10.4088 - TEL: 12.988

Medicina Legal
Dr. João de Deus

DENATRAN		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI 9020170075642 Nº 01289B3925732 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	CDB. RENAVAM	DATA C.	EXERCÍCIO		
1	499761863		2017		
LOUIZ VIEIRA DA SILVA NOME		0379/360863 PLACA ANT. DE			
5029035006109453 IDENTIFIC. IPTU		1-020-3758 CATEG.			
PAS/MOTOCICLO/MENINHA MARCA/MODELO		COMBUSTÍVEL ALCO/6689L			
HONDA/NXR150 BROS ES CAPI/TOT.OIL		ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013 CATEGORIA			
002P/149CC COTA ÚNICA		COB. PREDOMINANTE VERMELHA			
P FAVILA/PAV.		VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA			
V PARCELA/MTO/COFAS		2º			
A PARCELA/MTO/COFAS		3º PAGO			
PRÊMIO TAB/FABR (R\$)		IOF (R\$)			
SEGURO		PRÊMIO TOTAL (R\$)			
PAGO		DÍVIDA PAGAMENTO			
DISSEMINAÇÕES					
4-FID ADMINISTRADORA DE CONS. N					
TERESINA LOG.					
ANO DE INÍCIO DO REGISTRO 25/8/2017					

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012B98375732 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	OPF / CNPJ	Emissão	DATA EMISSÃO
1	83/77360363	2017	25/8/2017
MENSAIS			P.L.A.C.H.
497761863	HONDA/NXR150 BRO8 ES	0ED-3758	
ANCLAB	Nº CHASSI		
2012	09	9C2KD0550DR1094S3	
COT. TARE			
FMS (R\$)			
B1, 2R	DEBITAVEL (R\$)		
9,03			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
90,31			
A. 15	IOF (R\$)		
0,70			
INCOVENHO	TOTAL DEVIDADO SEQUINDO IN		
X COTA ÚNICA	185,50		
	DATA DE QUITACAO		
	24/08/2017		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.262.065/0001-03
www.seguradoraslider.com.br

0102 / 0116

Escritório de Advocacia

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA - PIAUÍ.

LUIZ VIEIRA DA SILVA, brasileiro, **Identidade (RG) nº 413.872 SSP-PI e, CPF. nº 837.973.603-63, residente e domiciliado** no conj Dignidade, Q 24, C 008, B Angelim, Teresina, Estado do Piauí, por seus procuradores, *in fine*, mandato anexo, onde recebem as comunicações de estilo, vem, com o devido respeito, à presença de Vossa Excelência, , propor apresente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT
--

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOSDPVAT S/A**, pessoa jurídica de pessoa privada, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, CEP nº 20031-201, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir aduzidos:

Escritório de Advocacia

Por oportuno, os advogados subscritores desta declaram, sob sua responsabilidade pessoal, a autenticidade das cópias de documentos acostados a estainicial.

I –PRELIMINARMENTE

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Inicialmente **o Autor** declara, sob as penas da Lei, que não está em condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, e pleiteia os benefícios da Justiça Gratuita, assegurada pelo art. 4º da Lei 1.060/50.

Reza o “Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.”

II - DAS RAZÕESFÁTICAS

O Requerente foi vítima de acidente automobilístico no dia **24/11/2017, às 04:25h**, conforme boletim de ocorrência e demais documentos juntados nos autos.

Da ocorrência, **o** Requerente veio a sofrer diversas **lesões corporais de natureza grave**, que podem ser percebidos os problemas, por meio de relatórios e prontuários médicos, conforme documentação acostada à exordial.

Verifica-se que **oRequerente encontra-se incapacitado para as ocupações habituais, não havendo**

Escritório de Advocacia

nenhuma possibilidade de recuperação significativa ou de cura, conforme os documentos encartados nessa inicial, os quais são suficientes para a comprovação dos danos sofridos pelamesma.

Dessa forma, os danos são inegáveis, em virtude do aludido acidente, teve sérios danos causados à sua integridade física.

Como é notório, o Seguro Obrigatório tem por finalidade dá proteção financeira às vítimas de acidente de trânsito, seja condutor, passageiro ou pedestre, compreendendo indenização por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar.

Dessa forma, após um período de recuperação dos traumas e do abalo psicológico que fora acometida, **o Autor** de posse dos prontuários, exames e laudos médicos, aptos a declarar a sua INCAPACIDADE PERMANENTE solicitou junto à empresa requerida o pagamento do sinistro do seguro DPVAT - por INVALIDEZ, visto os danos sofridos, ficando impossibilitado do exercício da profissão por força do acidente ocorrido.

No ato do requerimento do pagamento do sinistro do seguro a empresa Seguradora requereu documentações que comprovassem os fatos, como boletim de ocorrência, dentre outros documentos comprobatórios dos fatos e das lesões sofridas, tudo apresentado **pelo** Requerente à Seguradora nos termos da Relação de Documentos para Sinistro DPVAT.

Ocorre que, para surpresa **do Autor**, e **apesar de toda a documentação apresentada e de ter sofrido graves**

Escritório de Advocacia

danos físicos, entre outras agruras que vem sofrendo desde então, **só obteve como valor de indenização pelo seguro DPVAT, a importância ínfima e inexplicáveis de R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** valor este bem abaixo do estabelecido nas normas que regem a matéria, como será demonstrada adiante.

III - DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

DO INTERESSE DE AGIR

A Constituição Federal assegura, em seu art. 5º que “A lei não excluirá da apreciação do poder judiciário lesão ou ameaça a direito”. Desta forma o Requerente não precisa se submeter às vaidades administrativas das seguradoras do Convênio DPVAT para ver atendido o seu direito previsto em lei.

No entanto, suscitar a falta de interesse de agir caracteriza total desentendimento com a CF/88. Nesse sentido, vejamos a jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - FALTA DE INTERESSE DE AGIR AFASTADA - DESNECESSIDADE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO - RECURSO PROVIDO - SENTENÇA CASSADA. Frente à atual orientação do STJ, adiro ao entendimento da desnecessidade da comprovação da prévia recusa administrativa, a fim de que a parte se valha do judiciário para receber a indenização securitária decorrente do seguro DPVAT. Recurso provido; sentença cassada.

Escritório de Advocacia

(TJ-MG - AC: 10024110177359002 MG, Relator: Eduardo Mariné da Cunha, Data de Julgamento: 30/01/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/02/2014)

E M E N T A - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - FALTA DE INTERESSE DE AGIR - EXAURIMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA - DESNECESSIDADE - NULIDADE DAS ENTENÇAS-RECURSOS PROVIDOS. Em se tratando de pagamento do seguro obrigatório DPVAT, não é necessário o esgotamento da esfera administrativa para o recebimento da indenização, tendo a parte interessada a faculdade de ajuizar a demanda diretamente perante o Poder Judiciário.

(TJ-MS - APL: 08014965520138120005 MS 0801496-55.2013.8.12.0005, Relator: Des. Eduardo Machado Rocha, Data de Julgamento: 15/04/2014, 3ª Câmara Cível, Data de Publicação: 22/04/2014).

Importante mencionar que as seguradoras conveniadas com o Seguro DPVAT, dificultam o pagamento via administrativa solicitando vasta documentação e prorrogam o máximo o valor da indenização devida, e quando pagam, não cumprem a legislação vigente. Assim, não está **obrigado o** Requerente a receber valor inferior ao previsto em lei, ficando assim explícito o INTERESSE DE AGIR.

Escritório de Advocacia

IV - DO NEXO DECAUSALIDADE

Cumprе salientar que a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

É incontestável a ocorrência do acidente de trânsito, uma vez que o Autor juntou aos autos os documentos que o comprovam (boletim de ocorrência, prontuários e laudo médicos) o que estabelecerá o nexo de causalidade.

Assim, no que concerne a **invalidez permanente**, restou devidamente comprovada pelo **laudo médico, no qual restaram atestados os danos sofridos pelo Requerente, entre eles fraturas no tornozelo direito.** Portanto em virtude de tais lesões o Autor não consegue mais realizar atividades habituais, cotidianas. Portanto, a conclusão médica foi pela existência de sequela funcional definitiva.

Dessa forma, ainda que, estando demonstrada a debilidade permanente, impõe-se a procedência da ação. Ademais a Lei nº 6.194/74 não traz nenhuma ressalva para que a invalidez decorrente da debilidade seja, de forma necessária, para o trabalho. Como no caso em tela, havendo a invalidez decorrente da debilidade permanente do membro, embora seja para algumas ocupações habituais, já está configurado o requisito necessário para autorizar o pagamento da indenização. Neste sentido vejamos:

AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INVALIDEZ FUNCIONAL - COMPROVAÇÃO - PAGAMENTO NA INTEGRALIDADE - SENTENÇA MANTIDA. Não obstante a Súmula 474 do STJ, tratando-se de debilidade de caráter permanente de membro, apta a provocar incapacidade para o trabalho, cabível o pagamento integral do valor da perda, constateda

Escritório de Advocacia

tabela anexa à lei Nº 11.945/2009 a título de seguro DPVAT.

(TJ-MG - AC: 10313120224503001 MG, Relator: Wanderley Paiva, Data de Julgamento: 26/08/2015, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/09/2015)

V - DA PREVISÃO LEGAL

Em conformidade com o art 3º da Lei 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT, compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas assistência médicas e suplementar. Vejamos:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente**, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos). G.N.

a) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

b) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

c) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Escritório de Advocacia

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).G.N.

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.(Incluído pela Lei nº 11.482, de2007)

Ora, Excelência, restados comprovadas as lesões sofridas e as alegações aqui prestadas, por meio das contundentes provas apresentadas, e sendo verossímeis os fatos presentes nesta exordial, cabe a este Juízo a determinação do pagamento do valor remanescente do sinistro, referente ao Seguro DPVAT, visto que devido em seu patamar maior e não pago na integralidade pela empresa seguradora requerida por ser expressão de justiça.

Entretanto, o valor pago **o Requerente** nada traz de coerência com a supracitada lei e seu anexo, não havendo correspondência do valor pago com os percentuais ali estampados, o que salta aos olhos tal disparidade.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de

Escritório de Advocacia

culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Portanto, verifica-se que qualquer pessoa, na hipótese de ser vitimada em acidente de trânsito e desde que haja **invalidez permanente ou parcial de qualquer grau, terá direito a uma importância pecuniária a título de indenização**, a qual no caso em baila foi fixada em lei por valor equivalente **a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Ocorre que, a despeito de ser límpido o direito **do Autor**, notadamente porque houve o reconhecimento da invalidez por parte da Seguradora, **o Autor** recebeu **a importância ínfima e inexplicáveis de R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** muito inferior ao que por direito deveria ter recebido, ensejando o enriquecimento sem causa da Seguradora Ré.

Nossos tribunais tem assim se manifestado, vejamos:

AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INVALIDEZ FUNCIONAL - COMPROVAÇÃO - PAGAMENTO NA INTEGRALIDADE - SENTENÇA
MANTIDA. Não obstante a Súmula 474 do STJ, tratando-se de debilidade de caráter permanente de membro, apta a provocar incapacidade para o trabalho, cabível o pagamento integral do valor da perda, constante da tabela anexa à lei Nº 11.945/2009 a título de seguro DPVAT.

(TJ-MG - AC: 10313120224503001 MG, Relator: Wanderley Paiva, Data de Julgamento: 26/08/2015, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/09/2015)

Vale ressaltar que, é entendimento pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá

Escritório de Advocacia

ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do CNSP, vejamos o seguinte julgado:

E M E N T A - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA - DPVAT - PEDIDO DE ALTERAÇÃO DO PÓLO PASSIVO - SEGURADORA INTEGRANTE DO CONSÓRCIO NACIONAL DO CONVÊNIO DPVAT - LEGITIMIDADE - REVELIA - PRESUNÇÃO RELATIVA DE VERACIDADE - NECESSIDADE DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL - SENTENÇA ANULADA - RECURSO PROVIDO. **É**

pacífico o entendimento do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul de que toda qualquer seguradora integrante do consórcio nacional do convênio DPVAT tem legitimidade para figurar no pólo passivo de ação visando cobrança de seguro obrigatório. A presunção de veracidade prevista no dispositivo é relativa e não implica necessariamente na procedência da pretensão inicial, sendo necessário a análise das circunstâncias apresentadas, podendo o juiz, até mesmo, julgar improcedente a ação. A prova pericial atestando a ocorrência de invalidez permanente é prova essencial para a procedência do pedido de cobrança de indenização a título de DPVAT.

(TJ-MS - APL: 00042793920128120021MS 0004279-39.2012.8.12.0021, Relator: Des. Claudionor Miguel Abss Duarte, Data de Julgamento: 15/01/2013, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 23/01/2013)

Assim, as seguradoras que fazem parte do consórcio DPVAT, portanto são regidas pelo princípio da solidariedade, ou seja, todas podem ser acionadas para o pagamento da indenização devida, tanto na esfera administrativa quanto na esfera judicial.

Escritório de Advocacia

Vale mencionar ainda, que tanto a legislação quanto a jurisprudência assim entendem, já pacificada pelo Egrégio Tribunal de Justiça, *in verbis*:

AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO QUE NÃO LOGRA INFIRMAR OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LEGITIMIDADE PASSIVA. SEGURADORA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N. 211/STJ. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL.

1. Mantém-se na íntegra a decisão recorrida cujos fundamentos não foram infirmados.

2. Qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização correspondente ao seguro obrigatório, assegurado o direito de regresso. Precedentes.

(...)

6. Agravo regimental improvido.

(STJ - AgRg no Ag: 870091 RJ 2007/0030346-6, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 20/11/2007, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJ 11/02/2008 p.106).

Desse modo, em vista da recusa da Seguradora em pagar a indenização integral pelo sinistro, muito embora tenha reconhecido na via administrativa a invalidez, não restou outra alternativa senão acionar o Poder Judiciário **para que imponha a Seguradora a obrigação de pagar a complementação de sua indenização, devidamente corrigido monetariamente, e com a incidência de jurose**

Escritório de Advocacia

multa moratórios legais do período ou seja, 13/10/2015,
conforme preceitua o art. 5º, § 7º da Lei 6.194/74.

Art. 5º

(...)

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Eis a razão que alberga o direito da Autora.

VI - DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

a) **A concessão dos benefícios da Justiça Gratuita** por ser a Requerente pessoa pobre na acepção da Lei nº 1.060/50.

b) A citação da Requerida no endereço constante da inicial, através de seu representante legal, para, querendo, contestar a presente ação, sob pena de confissão e revelia, nos termos do art. 344 do NCPC;

Escritório de Advocacia

c) A procedência do pedido constante da presente ação, com a condenação da empresa seguradora **Requerida** ao **pagamento da diferença da indenização do Seguro DPVAT o Requerente**, no correspondente ao importe de **R\$ 7.762,50(sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) devidamente corrigido monetariamente, e com a incidência de juros e multa moratórios legais do período;**

d) A condenação ao pagamento das custas e honorários advocatícios, estes arbitrados em 20% do valor da condenação;

e) A condenação em honorário de sucumbência;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente pelo depoimento pessoal das partes, oitiva de testemunhas, realização de perícias e juntada de quaisquer outros documentos que esse respeitável Juízo entender necessário.

Nos termos do art. 272, § 5º do CPC/2015 (constando dos autos pedido expresso, para que as comunicações dos atos processuais sejam feitas em nome dos advogados indicados, o seu desatendimento implicará nulidade), requer-se que as comunicações dos atos processuais sejam dirigidas ao advogado **Tiago Luiz Teixeira**, OAB/PI nº 7560

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.762,50(sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**

Escritório de Advocacia

Nestes termos.
Pede deferimento.

Teresina, 19 de setembro de 2019.

Dr. Tiago Luiz Teixeira
OAB/PI N°7560

DOS QUESITOS DA PERÍCIA:

- 1) Houve ofensa à integridade física ou à saúde da examinanda? Quais lesões ela sofreu?
- 2) Restou sequelas da lesão ocorrida? Em caso afirmativo, favor identificá-las.
- 3) Tais lesões resultaram na incapacidade da requerente para as ocupações habituais, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 4) Tal sequela resultou em incapacidade permanente para o trabalho na função exercida pela pericianda?
- 5) Se tal sequela resultou em deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente?

Escritório de Advocacia

6) Qual o grau/percentual da debilidade permanente sofrida pelo periciando?

Teresina, 19 de setembro de 2019

Dr. Tiago Luiz Teixeira
OAB/PI N°7560

Escritório de Advocacia

Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Teresina - PI.

'Procuração ad Judicia'

Luiz Viana da Silva, brasileiro RG-413.812,
CPF: 832.923.603-63, residente e domiciliado na
R-24, C008, Rod. Dignidade, Angelim, Teresina -

Di _____, nomeia e constitui como seu bastante procurador, **Dr. Tiago Luiz Teixeira**, advogado, com registro na OAB/PI nº 7560, com escritório profissional sito à Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Nesta Cidade, onde recebe as intimações de estilo, concedendo amplos e ilimitados poderes com as cláusulas **ad judicia e extra** para foro em geral, para representá-lo em qualquer instância ou Tribunal, em qualquer ação em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou réu(s) ou de qualquer forma interessado(s), em conjunto ou separadamente, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, habilitar e retificar, ceder e prometer e em especial receber e dar quitação, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até a final, podendo para tanto acordar, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimento, documentos necessários, produzir provas, justificações, requerer falência ou concordata, transigir, firmar compromissos, renunciar, passar recibos, pagar taxas, receber e dar quitação, assinar termo de inventariante, finalmente tudo o que for preciso para o fiel cumprimento deste mandato.

Teresina, PI, 04 de Junho, 2019.

x Luiz Viana da Silva

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

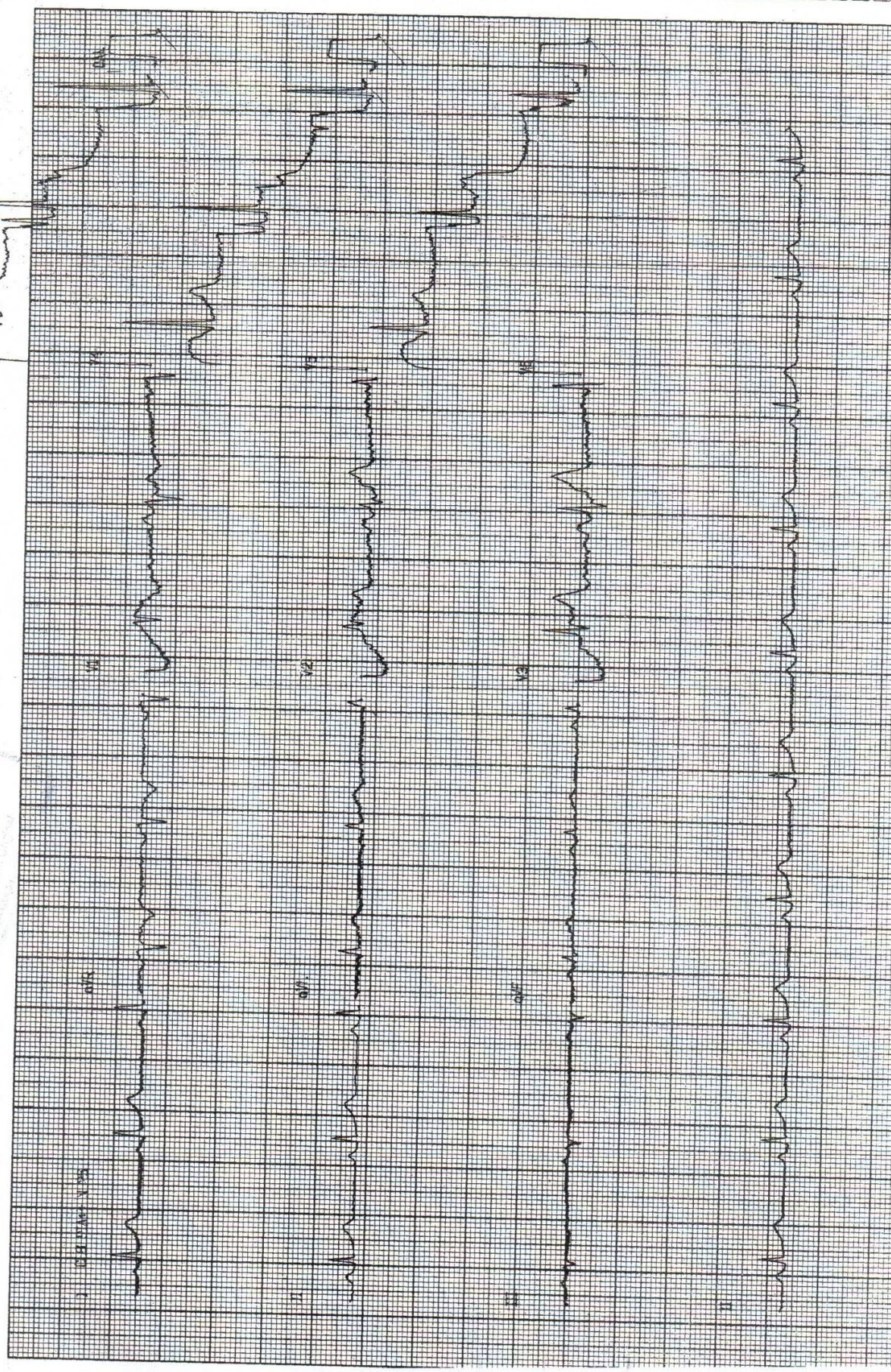
trale: 983368 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

Data Exam: 24/11/2017

CPF: 251.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

[Handwritten signature]

Wanderson Sales Fernandes
Matrícula 65227
CNPJ 06.94117
CNPJ 06.94117



Solano Export

[illegible]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893
Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 983368 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 24/11/2017

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRENICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

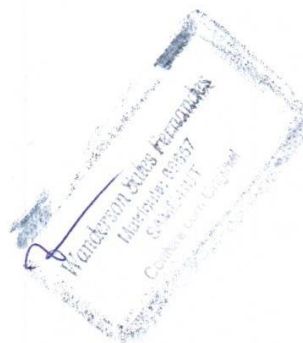
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a.3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893
Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 990040 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 24/11/2017

TORNOZELO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas bimaléolares
- Tala gessada.

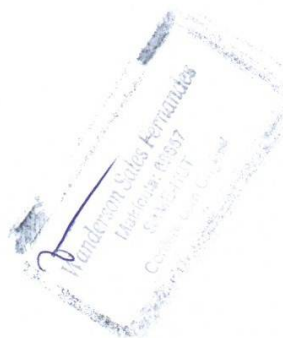
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893
Requisição: 793043 Solicitação: 25/11/2017 Solicitante: LEOCADIO SOARES REBELO DA SILVA
Controle: 983606 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 25/11/2017

TORNOZELO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas bimalleolares fixadas por parafusos metálicos.

(JORGE AUGUSTO)

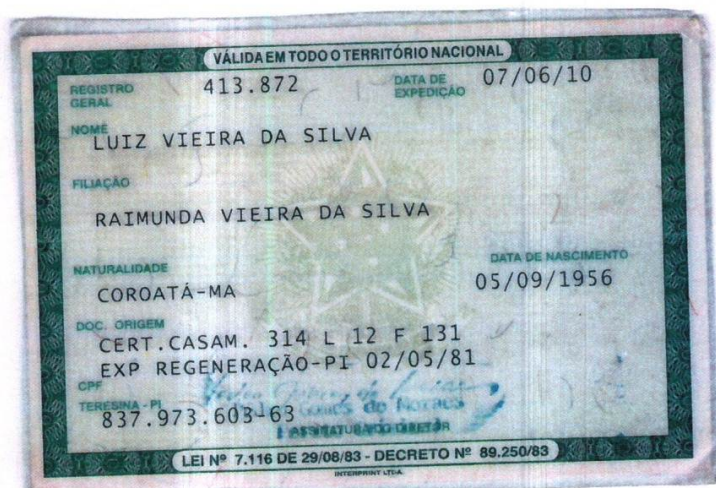
TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CORRETORA
DE SEGUROS

09 FEV 2018

DENATRAN

DETRAN - PI 9020170075642 Nº 012B9B395732
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 499761863 COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

LUIZ VIEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ

83797360363

PLACA ANT / UE

9C2KD0550DR109453

CHASSI

0ED-3758

PLACA

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NEHUMA

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

CATEGORIA

002P/149CC

PARTIC

VERMELHA

COITA ÚNICA

VENG. COITA ÚNICA

1

2

3

2

1

IPVA

3

PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO EGI PAGO

OBSERVAÇÕES

A/FID DOCUMENTADORA DE CONSUMO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

ASSO MARTINS DO REGO LOBATO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

EMPRESA

LOP

DATA

25/8/2017

DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012B9B395732 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 25/8/2017

VIA 1

83797360363

CPF / CNPJ

RENAVAM

499761863

MARCA / MODELO

2012

HONDA/NXR150 BROS ES

ANC. FAB.

09

9C2KD0550DR109453

PREMIO TARIFARIO

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

9,03

90,31

TOTAL A SER PAGO (R\$)

9,03

90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

0,70

185,50

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

DATA DE QUITAÇÃO

4,15

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

QUSTO DO BILHETE (R\$)

0,70

24/08/2017

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Leiz Vieira da SilvaDATA DO ACIDENTE 24/11/2017 CPF DA VITIMA 837.973.603-63

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR SA VITIMAA VITIMA É Leiz Vieira da Silva ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMENDEREÇO DO PORTADOR Dep. Casa 03Nº COMPLEMENTO Fúsi - Magalhães BAIRRO AnglobrunCIDADE Petropolis UF RJ CEP 26060-000E-MAIL TELEFONE (26) 9997-0660

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO INIL (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ MA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ PROCTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR www.dpvatsegurodano.com.br OU LIGUE 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-02-18IDENTIDADE 413.872ASSINATURA Leiz Vieira da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01-FEV-2018NOME Leiz Vieira da SilvaASSINATURA DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

837.973.603-63

Nome completo da vítima

Rui Viera da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Rui Viera da Silva

CPF titular da conta

837.973.603-63

Profissão

Revisor

Endereço

Rd 24 Casa 08

Número

Complemento

Res. Sigriderde

Bairro

Angelim

Cidade

Tererina

Estado

Piauí

CEP

64000-000

Email

Telefone (DDD)

86-99997-0660

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ PRECISO 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

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

BRDESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

2004

D/V

CONTA

Nº

15898

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

09 FEV 2018

Tererina 26 de Janeiro de 2018

Local e Data

Rui Viera da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ORIGINAL

ORIGINAL

