

Controle de do x Audiências x Consulta proce x 0813136-26.20 x 0811016-10.20 x 0800213-84.20 x Download file x Gmail x

tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=520336&ca=9c4769bc414a8694a5b1c6a5cba993df3b... ☆ ★ ☰

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

Pje ProceComCiv 0813136-26.20.2020.8.18.0140 ▾

PRISCILA DE SOUSA LEAL X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

11509737 - CONTESTAÇÃO (2745273 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/08/2020 10:20:59

25 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11509732 - CONTESTAÇÃO
  - 11509737 - CONTESTAÇÃO (2745273 CONTESTACAO 01)
- 11509741 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 11510146 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuraçao compressed - web)
- 11510149 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS )
- 11510150 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

downloadBinario.seam 1 / 8 2745273-C3/ 2020-03116/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2º VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08131362620208180140



Número: **0813136-26.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **10/06/2020**

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
<b>PRISCILA DE SOUSA LEAL (AUTOR)</b>	<b>IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11509 741	25/08/2020 10:20	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 06 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200061193**

**Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL**

**Data do Acidente: 05/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL**

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

Pag. 01253/01254 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030627

Carta nº 15476635



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 1



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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

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. 00085/00086 - carta\_02 - INVALIDEZ



00050043

Carta nº 15491617



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 2



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, 11 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200061193** Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: **PRISCILA DE SOUSA LEAL**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000035402-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Lider-DPVA





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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00983/00984 - carta\_09 - INVALIDEZ



00040492

Carta nº 15710270



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 4

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b>		Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASL: <b>600170043-57</b> 3 - CPF da vítima: <b>600170043-57</b> 4 - Nome completo da vítima: <b>Priscila de Sousa Leal</b> <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> 5 - Nome completo: <b>Priscila de Sousa Leal</b> 6 - CEP: <b>600170043-57</b> 7 - Profissão: <b>Gerente</b> 8 - Endereço: <b>Rua Brasil, Vila Madre Teresa, 4439</b> 9 - Número: <b>4439</b> 10 - Complemento: <b>-</b> 11 - Bairro: <b>Picareira I</b> 12 - Cidade: <b>Teresina</b> 13 - Estado: <b>PI</b> 14 - CEP: <b>64055 395</b> 15 - E-mail: <b>marcia.vitta@hotmail.com</b> 16 - Tel (DDD): <b>(86) 98848 6923</b>					
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b> 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: <b>_____</b> 19 - Profissão do Representante Legal: <b>_____</b> Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).							
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR  <input type="checkbox"/> SEM RENDA       </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$1.000,00  <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00       </div> </div>							
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)  <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)         </div> <div style="text-align: center;">         Nome do BANCO: <b>_____</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>AGÊNCIA:</b> <b>0009</b> <b>CONTA:</b> <b>35402</b> <b>(Informar o dígito se existir)</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>AGÊNCIA:</b> <b>_____</b> <b>CONTA:</b> <b>_____</b> <b>(Informar o dígito se existir)</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>AGÊNCIA:</b> <b>_____</b> <b>CONTA:</b> <b>_____</b> <b>(Informar o dígito se existir)</b> </div> </div>							
<b>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 sumaré, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.</b>							
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> </div> <div>         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:  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>● O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>● O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> </div> </div> <p>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.</p> <p>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.</p>							
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>							
<b>MORTE</b> <b>NÃO ALFABETIZADO</b>		23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Vívão 24 - Data do óbito da vítima: <b>_____</b> 25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>_____</b> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <b>_____</b> 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>_____</b> Falecidos: <b>_____</b> 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>_____</b> Falecidos: <b>_____</b> 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não pais/avós vivos? <b>Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deviduamente, 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.</b>					
<b>NÃO ALFABETIZADO</b>		34 - <b>35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)</b> <b>36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)</b> <b>37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)</b> <b>40 - Local e Data:</b> <b>Teresina - PI</b> <b>05 de fevereiro de 2020</b> <b>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):</b> <b>Priscila de Sousa Leal</b> <b>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</b> <b>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</b>					
<b>TESTEMUNHAS</b>							





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 11:28 Data/Hora Fim: 10/12/2019 14:37  
Delegado de Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 05/11/2019 21:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: Rua Fernando Pires Leal

Bairro: São João  
Nº: 2953  
CEP: 64.045-550

Tipo do Local: Via Pública

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

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

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

Nome Civil: PRISCILA DE SOUSA LEAL (VÍTIMA / COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 06/01/1988

Profissão: Gerente Administrativo

Escolaridade: Ensino Superior Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA LEAL

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 600.170.043-57

RG - Carteira de Identidade: 2330956

Endereço

Município: Teresina - PI

Nº: 4439

Logradouro: RUA BRASIL

Complemento: CASA

CEP: 64.055-395

Bairro: PICARREIRA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Camionete

Descrição: NÃO IDENTIFICADO

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Não Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar  
Impresso por: Jorônaro Soares Lima Junior  
Data de Impressão: 10/12/2019 11:30  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Priscila de Sousa Leal		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	Priscila de Sousa Leal		6 - CPF: 600 170 043 - 57	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 4439		10 - Complemento: —
11 - Bairro:	Picareira I	12 - Cidade:	Teresina	
13 - Estado:	PI	14 - CEP:	64055 395	
15 - E-mail:	marcia.vitta@hotmail.com			
16 - Tel (DDD): (86) 98848 6923				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 0009		CONTA: 35402	(Informar o dígito se existir)	
			(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sumaré, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				

INVALIDEZ  
PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>● O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>● O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>				
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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente
	<input type="checkbox"/> Vívão	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deviduamente, 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.				

NÃO ALFABETIZADO	34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
	Assinatura de titular da vítima ou beneficiário ou representante		Assinatura da testemunha
		39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____	
	40 - Local e Data: Teresina - PI 05 de fevereiro de 2020	Assinatura da testemunha	
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Priscila de Sousa Leal		

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: PRISCILA DE SOUSA LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000035402-3

---

Nr. da Autenticação FE9D80D130B25960



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 9



MAS CRANGERSÃO SUA VIDA



PRISCILA DE SOUSA E AL 26.11.2019  
RUA BRASIL, 4439 - VILA MADRE TERESA - PONTO REF: LAR DA ESPERANÇA  
PICAREIRA I  
84055-395 TERESINA PI



3417396-01201102-00014300857-00-001116



26.11.2019



9912427780/2017-DR/PI  
Credi-Shop S/A  
Adm. de Cartões  
de Crédito  
CORREIOS

1729288



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 10



()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao beneficiário final em 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3200061193 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** PRISCILA DE SOUSA LEAL

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

**BENEFICIÁRIO** PRISCILA DE SOUSA LEAL

**CPF/CNPJ:** 60017004357

#### Posição em 14-08-2020 09:47:06

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (I)

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

04/03/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/04/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/m448grhuViTKCEkFyZdIapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvcGcdZvVZsnwpk0=">Download</a>
13/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hilMEW3e5Dc01ZyvL3bIapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvcGcdZvVZsnwpk0=">Download</a>
11/02/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SUePhLcaxMY5BfWlvNgbcIapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvcGcdZvVZsnwpk0=">Download</a>



08/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HuadYKznPK1FCiVdmYTa_api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HuadYKznPK1FCiVdmYTa_api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=</a> )
------------	---	---



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

#### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

#### ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
 Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)  
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)



#### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)  
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)



#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://http://www.seguradoralider.com.br/Processo/ConsultarProcesso/Indenizacao/Indenizacao.aspx>)  
I%C3%ADder-  
dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

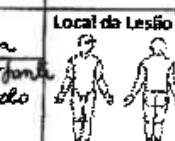
- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)



SISTEMA DE ASISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE							
Nº do chamado <b>779</b>	Data do chamado <b>05-11-19 20:05</b>	PRO (código) <b>2905</b>	SAída do PA <b>21:05</b>	Chegada ao Local <b>22:15</b>	Saída do Local <b>22:40</b>	Chegada ao Hospital <b>22:50</b>	
Endereço <b>Fernando 178 local</b>				Ponto de Referência <b>10x H. Do Sul</b>			
Nome <b>Priscila de Souza local</b>				Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DN: <b>06-01-88</b> Idade: <b>31 anos</b>		
Tipo de ocorrência:		01- Acidente de Transporte 02- Espancamento 03- Ferimento por Arma de Fogo 04- Ferimento por Arma Branca 05- Urgência Psiquiátrica		06- Tentativa de Suicídio 07- Envenenamento 08- Afogamento 09- Queimadura 10- Choque Elétrico		11- Queda 12- Urgência Clínica 13- Urgência Obstétrica 14- Transferência 15- Exames Complementares	
A - VIAS AÉREAS CONTROLE DA COLUNA	<input checked="" type="checkbox"/> Párvias <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Cricotireoidotomia <input type="checkbox"/> Parcialmente obstruídas <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Obstruídas <input type="checkbox"/> Intubação				<input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> IED <input type="checkbox"/> Protetor lateral <input type="checkbox"/> Tálas <input type="checkbox"/> Branca longa/curta		
B - RESPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> Ambu <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> VIM <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Gaspig <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Tubo n°				<input type="checkbox"/> Módulo ventilatório <input type="checkbox"/> FiO2 <input type="checkbox"/> Volume corrente <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> Pressão inspiratória		
C - CIRCULAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorrido <input type="checkbox"/> ECG < 2 seg. <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Chelo <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> ECG > 2 seg. <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> TVSP <input type="checkbox"/> Gáseos <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Úmida, fria				<input checked="" type="checkbox"/> Curativo Compressivo <input type="checkbox"/> Reposição Volêmica <input type="checkbox"/> Torniquete <input type="checkbox"/> RCP		
D - NEUROLÓGICO	GLAGOW <b>15</b>		RASS		PUPILAS ( <input type="checkbox"/> Fixas <input checked="" type="checkbox"/> Reagentes <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Midóticas <input type="checkbox"/> Anisocôrica D <b>E</b> )		
E - EXPOSIÇÃO	Fraturas ( <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Pele Intacta )      Sim <input checked="" type="checkbox"/> fechada      Não <b>luzes, (escorpiões) em MM II, e lesão contínua em Superfície do ombro</b>				Local da Lesão 		
ESCALA DE DOR DE 0 A 10	( <input type="checkbox"/> Sem dor <input checked="" type="checkbox"/> Dor )				( <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Perfurante <input type="checkbox"/> Transtornante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Amputação		
S - SINAIS VITais	PA <b>100x80</b> FC <b>95</b> FR <b>18</b> SpO2 <b>97%</b> TAX      GLU				ESCALA TRIPS		
A - ALERGIAS	( <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM )				TRIPS Inicial		
M - MEDICAÇÕES					TRIPS Final		
P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ							
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> Zero <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Parenterale		ENTRADAS Ringer <b>500 ml</b> ml SF 0,9% <b>ml</b> SG 5% <b>ml</b> Sedação <b>ml</b> DVA <b>ml</b>		SAÍDA Sangue <b>ml</b> Diluente esp. <b>SVD</b> Vômito <b>(+)++(+)++</b> Evacuação <b>(+)++(+)++</b>		
A - AMBIENTE	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de Aspiração <input type="checkbox"/> Risco de Choque <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada <input type="checkbox"/> Envenenamento/Intoxicação <input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda <input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Glicemias Instáveis <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física Prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Trauma/Quedas <input type="checkbox"/> Risco de Infecção <input type="checkbox"/> Transtorno psicológico				<input type="checkbox"/> Monitorar Nível de Consciência / Sedação <input type="checkbox"/> Aspirar Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Manter Cabeceira Elevada em <b>Graus</b> <input type="checkbox"/> Administrar/Controlar Origênio <input checked="" type="checkbox"/> Puncionar Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Realizar Curativo/Compressivo <input type="checkbox"/> Realizar Sondagem / Lavagem Gástrica <input type="checkbox"/> Realizar Imobilização Padrão <input type="checkbox"/> Realizar Reanimação Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Realizar Contenção Prescrita <input type="checkbox"/> Proteger Contra Hipotermia <input type="checkbox"/> Administração segura de medicamentos <input type="checkbox"/> Outros		
<b>CONFERE COM O ORIG.</b> <b>Almeida R. Santos M.</b>				<b>Marília Veloso Cantanh</b> Gerente, Administrativa SA			

Vitória de celiúco meto com carro. concreto. Apresentando  
fundo suavemente em superfície a quando. Formidade em MSE. (mobilidade  
em MSE. (mobilidade em praia longa, doloroso. Fundo denso e duro  
em superfície.

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Fábio C. Leônidas  
Nº SCREN: S 38.937



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



## ANAMNESE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

PACIENTE: PRISCILA DE SOUSA LEAL

DATA NASC.: 06/01/1988 CPF: 60017004357

ATENDIMENTO: 792944 CONVÉNIO: INTERMED

SEXO: Feminino

PROTUÁRIO: 123477

DATA: 05-11-2019 23:04

### QUEDA PRINCIPAL DO PACIENTE

PCTE VITIMA DE TRAUMA COLISÃO MOTO CARRO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA COM LESÃO DE CONTINUIDADE EM REGIÃO FRONTAL

HDA

### EXAME FÍSICO

SEM ALTERAÇÕES

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO PROPOSTO



Isabel

ASSINATURA DO MÉDICO(a)



Atendimento: 792944

Paciente: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Idade: 31 Anos 10 Meses

Data de Nascimento: 06/01/1988

Leito Atual:

Médico Assistente: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Prestador Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Função: TECNICO EM GESSO

Conselho / Número SEM CONSELHO - PE - null

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/11/2019

Hora anotação: 00:30

Data anotação: 06/11/2019

Leito:

Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

01:43 PACTE COM FRAT COMINUTIVA DA DIAFISE DO UMERO DIR. SOLICITADO IMOB. TIPO TALA PINÇA DE CONFEITEIRO.  
UTILIZADO MALHA TBL+2 ATAD. GESSADA DE 20CM+2 ALG. ORT. DE 20CM+4 ATAD. CREPOM DE 15CM. PROCEDIMENTO  
REALIZADO PACTE INTERNADO(A)!!

  
\_\_\_\_\_  
MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

SEM CONSELHO



Ficha de Atendimento  
Urgência / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL  
CPF: 60017004357  
Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA LEAL  
Carteirinha: 09330733201050013  
Convênio: INTERMED  
Endereço: RUA BRASIL  
CEP:

Idade: 31  
Identidade / RG: 2338958  
Pai: NAO CONSTA  
Senha Aut: 2882254  
Plano: PRATA  
Bairro: SAMAPI  
Cidade: TERESINA

Dt. Nascimento: 06/01/1988 02:00:00  
Sexo: F  
Telefone: 95258179  
Guia: 1116850  
Validade: 26/03/2024  
Complemento:  
Estado: PIAUÍ

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 792944  
Origem do Atendimento: URGÊNCIA  
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Prontuário: 123477  
Data/Hora: 05/11/2019 22:56:06  
Usuário: PMARIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_

FC: 100 bpm  
PA: 132x77 mmHg  
SatD<sub>2</sub>: 98%

Alcione da Costa Silveira  
Assinatura Cliente/Responsável



Paciente...: 123477 - PRISCILA DE SOUSA LEAL  
Prescrição...: 1094591 Data: 05/11/2019 23:05  
Atendimento: 792944 Dt Nasc: 06/01/1988 (31a 10m 0d)  
Convênio...: INTERMED  
Internação...: 05/11/2019 22:56 0 Dias(s) Int  
Médico...: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: T141 FERIM DE REGIAO NE DO CORPO Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES - CRM - PI - 5388  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA  
  
Rúbrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PREScrição MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
1 SÓRIO FISIOLOGICO 0,9% - 500ML	1	FR		IV	AGORA	05/11/2019 23:05

2. 1 BIBIRON ASOL 10G 2ML -> ÁGUA DESTILADA SOL INJ 1ML	1	AMPOLA		IV	AGORA	05/11/2019 23:05
1. 1 SERINGA DESC. 10CC C/BICO 1 AGULHA -> AGULHA DESC. CDISP 18GX1(10X12)	1	UND				

EXAMES DE IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
3 RX TORAX PA PERFIL : Exame: 190720 190721						

4. RX ARTICULACAO ESCAPOLICO-UMERAL (OMBRO) DIREITO : Exame: 190720 190721						
---	--	--	--	--	--	--

5. RX PUNHO AP - LAT (DIREITO) : Exame: 190720 190721						
--	--	--	--	--	--	--

6. RX COLUNA LOMBAR : Exame: 190720 190721						
---	--	--	--	--	--	--

7. RX COLUNA CERVICAL AP - LAT : Exame: 190720 190721						
--	--	--	--	--	--	--

8. TC CRANIO : Exame: 190720 190721 Justificativa: AVALIACAO Obs: EXAME DE URGÊNCIA-SEM PREPARO EXAME ELETIVO JEJUM DE 4H :						
---	--	--	--	--	--	--

GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES  
CRM 5388

*Nega*

AP: *Nega*

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



**Dados do Paciente:**

Paciente: 123477 PRISCILA DE SOUSA LEAL Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 06/01/1988

**Dados da Internação:**

Atendimento: 792944 CID: T141 FERIM DE REG AC NE DO CORPO

Convênio: 478 INTERMED Dt Internação: 05/11/2019 Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Leito: Enfermaria: Unidade:

**Solicitação do Parecer:**

Código: 27539 Data: 05/11/2019 Prestador: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA

Especialidade: 43 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: PCTE VITIMA DE TRAUMA CONTUSO , COLISÃO MOTO CARRO COM ELASD DE CINTO, DACE E REGIAO FRONTAL

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA

CRM: 1887



Atendimento: 792944

Paciente: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Idade: 31 Anos 10 Meses

Data de Nascimento: 06/01/1988

Leito Atual:

Médico Assistente: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Prestador Responsável: TALISON VIEIRA DA SILVA

Conselho / Número COREN - PI - 921004

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/11/2019

Data anotação: 06/11/2019

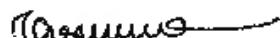
Hora anotação: 00:00

Responsável: TALISON VIEIRA DA SILVA

Leito:

23:16 h

Cliente deu entrada neste pronto- atendimento com queixa principal da Cofisap Moto x Carro, nível de consciência e orientação temporo-espacial satisfatórios, responsividade a estímulos verbais e dolorosos presente, respirando espontaneamente sem aporte de oxigenoterapia, nega alergia medicamentosa, realizado punção de acesso venoso periférico com cateter do tipo jelco calibre 18 G em MSE e administrado medicamentação conforme prescrição médica + hidratação venosa, realizado exames de Laboratório + Imagem + Eletrocardiograma e respondido parecer da Especialidade Ortopedista, realizado sutura pela médica do plantão. Segue de Alta Hospitalar após reavaliação médica do pronto- atendimento para internação, transferida para acomodação com médico cliente do procedimento aguardando programação.



TALISON VIEIRA DA SILVA

COREN 921004



NOME: **PRISCILLA DE SOUSA LEAL**  
MÉDICO: **GUTEMBERG C. M. M. SOARES**  
NÚMERO: **626299** DATA: **18/11/2019**  
 FATURA: **5140635**



### RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

### **RELATÓRIO**

O estudo radiológico do braço, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Osteossíntese de fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.
- Demais estruturas ósseas: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Osteossíntese de fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.

Objeto: MARCUS

 [udi24horas.com.br](http://udi24horas.com.br)  
(86) 4009.1715

  
Flávio Teixeira Neto  
CRM 5423

NOME : **PRISCILLA DE SOUSA LEAL**  
MÉDICO : **GUTEMBERG C. M. M. SOARES**  
NÚMERO : **626299** DATA : **16/12/2019**  
 FATURA: **5164165**



### RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

#### **RELATÓRIO**

O estudo radiológico do braço, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Osteossíntese em fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.
- Demais estruturas ósseas: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Osteossíntese em fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.**

RGH : EDNAN

udi24horas.com.br  
009.1715

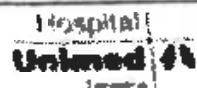
  
Kaline Silva Santos Bembo  
CRM-MG 271



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 23

## RECEITUÁRIO MÉDICO



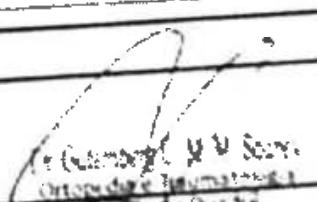
PACIENTE: PRISCILA DE SOUZA LIMA

### LAUDO MÉDICO

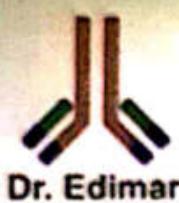
Paciente, 32 anos, com trauma em MSD há 03 meses com fratura de úmero D tratado cirurgicamente com osteossíntese ( placa e parafusos).  
No momento fratura com calo ósseo exuberante em ralo-x e clinicamente consolidada.

S432 + M255

Data 22/01/2020  
Data

  
Dr. Ednan Soares  
Ortopedista Traumatologista  
Centro de Reabilitação  
Unimed Teresópolis





**RELATÓRIO MÉDICO**

Reclamou que paciente de socia Lenh, foi vítima de acidente de trânsito, foto ocorrida em 05/11/19 às 21:30. Teve sofrido forte trauma que resultou em corte profundo no braço direito, onde foi realizada cirurgia com remoção de ossos fraturados, complacimento de tecido adiposo, corte de artéria definida, não houve outras sequelas. Foram dadas duas suturas e o paciente sente desconforto de muito atingir o lado precordial no sítio de fratura no braço esquerdo. Corte comum tiveram de ser removidas de 70%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

13/04/2020.

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

**Digitado com**



DENATRAN

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PI		Nº 013604744473	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
82190	00995993249		2019
12019	NOME		
67201	PRISCILLA DE SOUSA LEAL		
90225	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
82240	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
79251	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
60260	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
60269	CPF / CNPJ	PLACA	
80271	60017004357	OEG-3622	
429e2	PLACA ANT. UF	CHASSI	
jc582		9C2JC4820ER001547	
0e200	ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
	PAS/MOTONETA / NENHUMA	ALCOOL / GAS	
	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
	HONDA/BIZ 125 ES	2013	2014
	CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
	002P/0124CC	PARTICU	VERMELHA
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P			1º IPVA
V	FAZIA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
A			3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURO	PAGO		
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRIÇÕES			
LOCAL		DATA	
TERESINA		25/02/2019	
 ANA MARIA DO REGO LOBO DIRETORA GERAL DO DETAN - PI			

CONTRAN

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

PI Nº 013604744473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2019	25/02/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	60017004357	OEG-3622
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00995993249	HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB.	DATA INIC.	NO CHASSI
2013	09	9C2JC4820ER001547
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FINE (R\$)	DESENTRAL. (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PREÇO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	084,58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	30/01/2019

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.808/0001-04





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Riscila de Souza Leal		
Data do Acidente:	05/11/2019	CPF da vítima:	600.170.043-57
Portador da documentação:	233 8956 SSP/PI		
Qualificação do Portador:	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima	<input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:	
Endereço do portador:	Rua Brasil, Vila Madre Teresa		
Número:	4439	Complemento:	— Bairro: Pigarreira I
Cidade:	Teresina	UF:	PI CEP: 64055395 Telefone: (86) 988486923
E-mail:	marcavittal@hotmail.com		

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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 simples e legível)
- Declaração de Ausência de Laudo do IMI, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### 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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

### PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	05/11/2019
	1338-956
	Riscila de Souza Leal

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### 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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de Indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:  
Nome:  
Assinatura:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>

Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 27



## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32 00 061193

Data da solicitação: 13/04/2020  
00/00/00

Nome do beneficiário: Priscila de Souza Beal

CPF do beneficiário: 600170043-57

Nome do solicitante: Priscila de Souza Beal

CPF do solicitante: 600170043-57

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (086) 98848-6923

Tel. Comercial: (086)

Tel. Residencial: (086)

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O valor que recebi da Seguradora está incompatível com a lesão que eu tenho no braço. Não tenho mais os mesmos movimentos de antes do acidente, tenho limitações no membro e não consigo mais realizar atividades que realizava antes do acidente.

Teresina, 13/04/2020

Local e Data

Priscila de Souza Beal

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

#### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

DIGITALIZADO COM UV



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>

Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 28

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200061193      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PRISCILA DE SOUSA LEAL      **Data do acidente:** 05/11/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

**Descrição do exame** PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE ANTERIOR DO BRAÇO DIREITO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL;  
**físico:** ADM DE OMBRO DIREITO: ABDUÇÃO 85°; FLEXÃO 80°; ROTAÇÃO EXTERNA 10°; ROTAÇÃO INTERNA 20°;  
EXTENSÃO 10°.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO APÓS REABILITAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200061193      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PRISCILA DE SOUSA LEAL      **Data do acidente:** 05/11/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 16/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO APÓS REABILITAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA AVALIADA POR PERITO MÉDICO EM 18/02/2020.  
@P1

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049791/20

**Número do Sinistro:** 3200061193

**Vítima:** PRISCILA DE SOUSA LEAL

**Data do acidente:** 05/11/2019

**CPF:** 600.170.043-57

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PRISCILA DE SOUSA LEAL

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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: 13/04/2020  
Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL  
CPF: 600.170.043-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PRISCILA DE SOUSA LEAL

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 31

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049791/20

**Vítima:** PRISCILA DE SOUSA LEAL

**CPF:** 600.170.043-57

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 05/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PRISCILA DE SOUSA LEAL

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**PRISCILA DE SOUSA LEAL : 600.170.043-57**

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: 05/02/2020  
Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL  
CPF: 600.170.043-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PRISCILA DE SOUSA LEAL

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008251020587090000010901552>  
Número do documento: 2008251020587090000010901552

Num. 11509741 - Pág. 32