



Número: **0814519-39.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILVANE CALASA DA SILVA (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10564952	01/07/2020 12:13	Petição Inicial	Petição Inicial
10564984	01/07/2020 12:13	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	Documentos
10564986	01/07/2020 12:13	DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA - Gilvane Calasa ---	Documentos
10564987	01/07/2020 12:13	Docs que instruem a inicial - Gilvane Calasa da Silva --	Documentos
10564988	01/07/2020 12:13	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Documentos
10564991	01/07/2020 12:13	PROCURAÇÃO - Gilvane Calasa --	Procuração

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE TERESINA – PI**

GILVANE CALASA DA SILVA, brasileiro, inscrito sob o CPF nº 006.633.403-90 e RG nº 4.110.042 SSPPI, residente e domiciliado no Povoado do Gurupa, s/n, Zona rural, CEP: 64099-899, Teresina – PI, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, por intermédio de seus advogados e bastantes procuradores, conforme procuração em anexo, requerer

AÇÃO DE COBRANÇA DE (DIFERENÇA DE SEGURO) DPVAT

em face **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada na Avenida Senador Dantas, nº 74, 5º andar – centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 200312-205, com arrimo na LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974, alterada pela Lei 8441/92 e com base nos fatos e fundamentos jurídicos que ora se seguem:

1-PRELIMINARMENTE

A) Da Justiça Gratuita

Inicialmente declara o requerente ser pessoa pobre, que não possui condições financeiras e nem econômicas para arcar com custas processuais, inclusive por estar com sequelas devido ao acidente que será informado nos próximos tópicos. Por isso, requer que seja concedido o benefício da Justiça Gratuita instituída pelo artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, e da Lei nº 1.060/50. (Declaração de hipossuficiência em anexo)

Assim, a parte Autora junta a presente afirmação de pobreza, nos termos do Art. 4º, da Lei 1.060/50, onde basta a afirmação de que não possui condições de arcar com custas e honorários, sem prejuízo próprio e de sua família, na própria petição inicial ou em seu pedido, a qualquer momento do processo, para a concessão do benefício, pelo que nos bastamos do texto da lei, in verbis;

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 às custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família. (Redação dada pela Lei nº 7.510, de 1986). §1º. Presume-se pobre, até prova em contrário, quem afirmar essa condição nos termos desta lei, sob pena de pagamento até o décuplo das custas judiciais.

B) Da autenticidade dos documentos



Ainda em sede de preliminar, a peticionante declara que os documentos e cópias reprográficas e reproduções digitais das peças que compõe a presente exordial, são autênticos e conferem sua integralidade com os originais, sendo declarado por expressa liberalidade do causídico, conforme preceitua o art. 425, IV, do NCPD, in verbis:

Art. 425. Fazem a mesma prova que os originais: [...] IV - as cópias reprográficas de peças do próprio processo judicial declaradas autênticas pelo advogado, sob sua responsabilidade pessoal, se não lhes for impugnada a autenticidade;

Assim sendo uma faculdade, imposta como meio de facilitar o prosseguimento do feito, é que de pronto fica declarada a autenticidade das cópias e documentos integrantes da presente peça.

C) Do comprovante de endereço

O nome da pessoa registrado no comprovante de endereço é da esposa do autor, pois ele não possui comprovante de endereço em seu nome.

2-DOS FATOS

O Requerente é beneficiário da indenização por danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT, que compreende invalidez, conforme comprovam os documentos inclusos.

O direito a indenização da requerente surgiu em decorrência de acidente automobilístico ocorrido em 16.05.2019 **(B.O em anexo)**, tendo recebido da requerida administrativamente o valor de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) à indenização de convênio do seguro obrigatório –DPVAT- como faz prova a consulta do benefício em anexo.

Em virtude do acidente de trânsito, sofreu o requerente varias escoriações no corpo, com traumas no MSE. Foi feito exame **(doc em anexo)**, onde ficou constatado uma fratura no rádio do braço esquerdo.

O suplicante, ao tomar ciência acerca dos direitos que lhe compete, ingressou com o pedido na seara administrativa. Em resposta ao seu pedido, o autor recebeu apenas a importância de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) da seguradora, quantia essa inferior ao valor fixado pela Lei 6.194/74 que possui direito.

Não concordando com o valor, tendo em vista o dano sofrido e o limite máximo do valor estipulado pelo art 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o requerente vem perante esse juízo para postular o valor devido.

Adverte que a debilidade limitou seus movimentos do MSE, tendo o requerente, dificuldade em movimentar o braço esquerdo, conforme laudo médico anexado aos autos, configurando perda funcional do MSE, sendo necessário a realização de uma avaliação médica por perito judicial nomeado por este juízo para dirimir tal controvérsia tudo conforme a tabela legal, anexa da Lei nº 6.194/74.



Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da diferença da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, depois de ser realizada a perícia, visto que a mesma pertence ao rol de segurados que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

3-DO DIREITO

3.1 Da Solidariedade das Seguradoras Participantes do Consórcio

A Requerida é Seguradora regularmente conveniada Junto à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, logo, encontra-se legalmente obrigada a cumprir os termos estipulados para operar junto ao seguro DPVAT.

Ainda, ante o princípio da solidariedade, a requerida está legitimada para figurar no polo passivo da presente demanda, conforme prevê o art. 7º, *caput*, da Lei nº6.194/74, *in verbis*:

Art. 7º_ A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Nesse sentido:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO - REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REMETIDO A **SEGURADORA** DIVERSA - VALIDADE - **SOLIDARIEDADE** ENTRE AS **SEGURADORAS** - INTERESSE PROCESSUAL - PRESENÇA. Mostra-se perfeitamente possível à vítima de acidente de trânsito pleitear, judicialmente, o recebimento da indenização DPVAT contra **seguradora** diversa daquela à qual foi dirigido o requerimento administrativo, haja vista que as instituições que asseguram o pagamento em questão são solidariamente responsáveis pelas indenizações.

TJ-MG - Apelação Cível AC 10313150111653001 MG

Acrescenta que a Portaria nº 2797/2007 da Susep concedeu autorização à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A para representar todas as seguradoras do consórcio.

Logo, é parte legítima para responder pela demanda a empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, porquanto integrante do consórcio de seguradoras responsáveis pelo pagamento do seguro DPVAT.

3.2 Do Seguro DPVAT por Acidente

O art. 3º da Lei nº 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

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:

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

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

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.

Esse mesmo artigo traz as formas de pagamento nos incisos do § 1º:

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

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, fazendo jus à parte autora ao 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 culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito, visto que sofreu um acidente de trânsito que resultou em invalidez permanente, tendo



muita dificuldade em movimentar o braço esquerdo, conforme laudo médico anexado aos autos, configurando perda funcional do MSE. É o que se requer.

3.3 Da Atualização Monetária Sobre o Valor já Pago Administrativamente e Sobre o Valor Devido

A Requerida ao pagar o valor do seguro DPVAT administrativamente ao Requerente pagou apenas o valor que entendeu devido sem a atualização monetária. Conduta esta contrária ao entendimento recente do Colendo Superior Tribunal de Justiça - STJ em sede de recurso repetitivo:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. SEGURO DPVAT. INDENIZAÇÃO. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA. TERMO 'A QUO'. DATA DO EVENTO DANOSO. ART. 543-C DO CPC. 1. Polêmica em torno da forma de atualização monetária das indenizações previstas no art. 3º da Lei 6.194/74, com redação dada pela Medida Provisória n. 340/2006, convertida na Lei 11.482/07, em face da omissão legislativa acerca da incidência de correção monetária. 2. Controvérsia em torno da existência de omissão legislativa ou de silêncio eloquente da lei. 3. Manifestação expressa do STF, ao analisar a ausência de menção ao direito de correção monetária no art. 3º da Lei nº 6.194/74, com a redação da Lei nº 11.482/2007, no sentido da inexistência de inconstitucionalidade por omissão (ADI 4.350/DF). 4. Para os fins do art. 543-C do CPC: **A incidência de atualização monetária nas indenizações por morte ou invalidez do seguro DPVAT, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6194/74, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, opera-se desde a data do evento danoso.** 5. Aplicação da tese ao caso concreto para estabelecer como termo inicial da correção monetária a data do evento danoso. 6. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

(STJ - REsp: 1483620 SC 2014/0245497-6, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 27/05/2015, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 02/06/2015)

Entendimento este sedimentado no STJ, a teor do que dispõe a **Súmula 580: a correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no parágrafo 7º do art. 5º da Lei nº 6.194/74, redação dada pela Lei nº 11.482/07, incide desde a data do evento danoso.** (Súmula 580, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/09/2016, DJe 19/09/2016).

Observa-se que a correção monetária trata-se não de acréscimo patrimonial, mas de adequação do valor da moeda à realidade inflacionária.

Por fim, aplicando tal orientação ao caso concreto, cumpre condenar a requerida a corrigir monetariamente o valor da indenização recebida pelo autor na esfera administrativa, desde a data do evento danoso até o respectivo pagamento parcial, e, depois de deduzida a quantia recebida, o valor remanescente deverá ser igualmente atualizado, até o efetivo pagamento.



4-DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer-se a Vossa Excelência:

- a) **A desistência da audiência de conciliação e mediação**, ante ao desinteresse da Seguradora Ré pela realização de acordos nos processos referentes à matéria em questão, nos termos do artigo 334, § 5º do NCPC;
- b) Que seja concedido ao requerente o benefício da justiça gratuita por ser pobre na forma da Lei, conforme art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, e da Lei nº 1.060/50;
- c) Que seja a RÉ citada no endereço acima através de seu representante legal, para, querendo, contestar a presente ação no prazo legal, sob pena de revelia, nos termos do art. 344 do NCPC;
- d) Que seja determinada a **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA em favor do consumidor**, face à verossimilhança das alegações e sua cabal hipossuficiência técnica e financeira, por força do art. 6º, inciso VIII, do CDC, para determinar que a seguradora Ré, durante a fase instrutória apresente o processo administrativo juntamente com o laudo pericial e as conclusões médicas que ensejaram o pagamento a menor da indenização;
- e) Que **seja nomeado médico local** competente por este douto juízo para realização da perícia no autor, custeada pela requerida, de preferência nas próprias dependências do Fórum, respondendo aos quesitos elencados no final desta peça, na forma do **Convênio nº 69/2015, celebrado entre TJ/PI e a Seguradora Líder**, nos termos dos artigos 464 e seguintes do NCPC;
- f) **Que seja a Ré condenada ao pagamento do valor de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), correspondente a diferença da indenização paga e a realmente devida, que deverá ser acrescido de correção monetária a partir do evento danoso e de juros de mora no percentual de 1% ao mês a contar da citação da requerida**
- g) Que seja a RÉ condenada ao pagamento das custas e honorários advocatícios a ser fixado por este Juízo nos termos do art. 85 do NCPC;

Os advogados peticionantes declaram autênticas e verdadeiras todas as documentações juntadas à presente petição, atendendo ao disposto no artigo 425, inciso IV, do NCPC.

Protesta provar o alegado por todas as provas em direito admitidas, em especial pela prova material que instrui essa inicial e a realização de perícia médica, sem prejuízo de outras provas eventualmente cabíveis e desde já requeridas.

Dá-se à causa, o valor de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Nestes termos, pede e espera deferimento como medida de inteira justiça.

Teresina, 15 de maio de 2020

FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO
OAB/PI 17.395
(assinado digitalmente)



DOS QUESITOS PERICIAIS:

1. O requerente possui doença/enfermidade? Qual e desde quando? Tal doença/enfermidade foi causado pelo referido acidente de trânsito sofrido, ou por ele foi agravado?
2. Do acidente de trânsito sofrido, houve ofensa à integridade física do Requerente?
3. Do acidente de trânsito sofrido, resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? E deformidade permanente? Em qual região do corpo? Houve dano da parte estética?
4. A debilidade/deformidade permanente ocasionada impede o requerente de levar uma vida comum? Gera limitações? Resulta-lhe em perigo de vida?
5. O acidente de trânsito resultou em perda ou diminuição de função de algum órgão do periciado e se o quadro clínico apresenta disfunções apenas temporárias ou se o dano funcional é permanente?
6. Existe tratamento médico/cirúrgico capaz de reverter a situação do Requerente? Tal procedimento é viável e acessível às pessoas de situação financeira hipossuficiente? Tal tratamento é eficaz? Qual a porcentagem?
7. A invalidez do Requerente pode ser fixada em repercussão total, intensa, média, leve ou residual? Qual a porcentagem da invalidez?





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631093

Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILVANE CALASA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15090086



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Gilvane Calasa da Silva, brasileiro, inscrito sob o CPF nº 006.633.403-90 e RG nº 4.110.042 SSPPI, residente e domiciliado no Povoado do Gurupa, s/n, Zona rural, CEP: 64.000-010, Teresina – PI, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 NCPD, Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Teresina, 18.06.2020


OUTORGANTE





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003394/2019-34

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

Data/Hora: 05/09/2019 - 08:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

PI-112, Nº:

Complemento

Bairro

SOCOPO

Ponto de Referência

Data/Hora

10/08/2019 - 07:40

55 7342

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILVANE CALASA DA SILVA

Mãe: MARIA DE NAZARÉ FERREIRA CALASA

Pai: CELSO SOARES SILVA

Endereço: AV. CANAÃ, Nº

Complemento: POVOADO GURUPÁ DE BAIXO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3231-7524

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR150BROS CARGO K, ANO 2009, PLACA-NIJ-3538-PI, RENAVAM-00167323067 DE PROPRIEDADE DE: RAFAEL FERNANDES CARVALHO, CPF-00433053348, A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO SE DEPAROU COM O ASFALTO QUEBRADO, PERDEU O CONTROLE CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PRA UPA DO SATELITE. DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUARIO-240000. FATO TESTEMUNHADO, POR ELENILSON SOARES DE OLIVEIRA, CPF- 00362976317. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE PO

GILVANE CALASA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucey nelson Leal Parafra
Delegado de Polícia Civil
Nº 100203.003394/2019-34





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Rafael Fernandes Carvalho
RG nº 2.339.307, data de expedição 10/08/11,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 004.330.533-48,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Santa Teresinha, nº 3896,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Alcides de Almeida, cujo o condutor era
Alcides de Almeida.
Veículo: moto Modelo: Honda/NXR 150 Bros Ano: 2009
Placa: NIJ-3538 Classif. 9C2KD04309 R 800 ^{Cargok} 149
Data do Acidente: 10/08/19

Local e Data:

Teresina 29 de Setembro de 2019.

Rafael Fernandes Carvalho 
Assinatura do Declarante

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

Cartório
Themistocles
Sampaio
Rua Lúcio Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4159 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Títulos: Unidôlio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAFAEL FERNANDES
CARVALHO. DOU FÉ. EM TEST. Sim DA VERDADE.
Teresina-PI, 29/08/2019. Selo: AA117319-4CSQ
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Maria do Socorro de Carvalho de Sena-Escrevente Autorizada
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:91
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sena
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

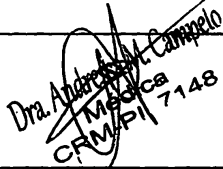


CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 717271919	Nº REGULAÇÃO: 86144	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MILTON DE ÁREA LEAO - (86) 3235-2074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: GILVANE CALASA DA SILVA		NASCIMENTO: 28/02/1985

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 10/08/2019 09:23:58 PACIENTE VITIMA DE TRAMA MOTOCICLISTICO COM MULTIPLAS ESCORIAÇÕES, SEM SINAIS DE ALARME PARA TCE, COM EDEMA E RESTRIÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E. RX DE PUNHO EVIDENCIANDO FRATURA DE RÁDIO DISTAL. SOLICITO REGULAÇÃO HUT/ORTOPEDIA.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 90bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 15rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA:	10/08/2019 09:31:31
 Dra. Andreza Campelo CRM/PI 7148	
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	

Handwritten signature and stamp





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Gláucia Calixto da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 240000

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 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 10/08/2019 11:50:02

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESS002)

Nome: GILVANE CALASA DA SILVA		Prontuário: 240000
Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA CALASA		Pai: CELSO SOARES SILVA
End.Resid.: POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 28/02/1985	Idade: 34a5m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-99813-7374
Responsável: GILVANE CALASA		CNS: 898003490429585
Profissão: ELETRICISTA		Documento: RG: 2454199 - SSP-PI
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 735386	Entrada: 10/08/2019 11:44:01	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Indução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO
TOPOGRAFIA DE TENDA DATA 10/08/2019 HORA 13:32 EXAME: <i>[assinatura]</i> TECNÓLOGO: <i>[assinatura]</i> RAIO-X REALIZADO DATA 10/08/19 HORA ____ TÉCNICO: <i>[assinatura]</i>

Diagnóstico Inicial:	CID:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares: RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO PA E PERFIL
--

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

<i>Maria Luíza Araújo dos Santos</i> Assinatura Paciente ou Responsável	<i>Arthur Sampaio Soares de Sousa</i> MÉDICO CRM 3200 - PI Assinatura
--	--

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 10/08/2019 11:50:00

: 552.5. Continuação: 024080 272157



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Chico Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 10/08/2019 11:50:02

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESS002)

Nome:	GILVANE CALASA DA SILVA	Prontuário:	240000
Mãe:	MARIA DE NAZARE FERREIRA CALASA	Pai:	CELSO SOARES SILVA
End.Resid.:	POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	28/02/1985	Idade:	34a5m10d
		Sexo:	Masculino
		Fone:	86-99813-7374
Responsável:	GILVANE CALASA	CNS:	898003490429585
Profissão:	ELETRICISTA	Documento:	RG: 2454199 - SSP-PI
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	735386	Entrada:	10/08/2019 11:44:01	Convênio:	s u s	Proced:	0301060061
Motivo da Procura							
Conforme Paciente/Acomp:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC						
Indução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Resumo História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

TOX. DEPENDÊNCIA DA DADA
DATA 10/08/2019 HORA 13:32
RAIO-X REALIZADO
DATA 10/08/19 HORA
TÉCNICO: *[assinatura]*

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO PA E PERFIL

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____

Maria Luíza Araújo dos Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 10/08/2019 11:50:00





FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

231751

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244897

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GILVANE CALASA DA SILVA				6 - Prontuário: 240000	
7-CNS: 898003490429585		8-Nascimento: 28/02/1985		9-Sexo: Masculino	
				RG: 2454199 - SSP-PI	
10-Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA CALASA				12-Fone: 86-99813-7374	
13-Resp: GILVANE CALASA				14-Cor: Sem Informação	
15-Ender: POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010					
-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI	
19-CEP: 64000-010					

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:			
21 - Condições que justificam a internação:			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
23-Diagnóstico Inicial:		24-CID Prin:	25-CID Sec.:
Fratura da extremidade distal do rádio		S525	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020407		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO		Tempo SUS 2
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:		
02 01		CPF 787.098.575-91		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:		34-Data Solicitação:		
RICARDO SOARES VALENÇA		10/08/2019		35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Am Luiza Araújo dos Santos</i>	Usuário: (VALDENICE MENDES) Consulta Local: 735386 Consulta SUS: Impressão: 10/08/2019 15:00:05





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/08/19

NOME DO PACIENTE:	Givane Ladeira de Lira	PRONTUÁRIO Nº:	240000
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Bleuquin + S	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	M. Leal	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	R. Vmas	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Jovene	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
FSPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Medula espinhal		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA -			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elétrico	11	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Gravidade	11	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente GRIVANE CALASA JA		
Diagnóstico pré-operatório FRAT. FREE OSTIOIDE RASO (E)		
Operação - Tipo OSTEOSS. PORWITAMON		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiologista URIAS	Anestesia 39 min + 2 sec
Anestésico(a)		
Data da Operação 11/8/19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Lavagem em SGA, sob antisept.
- 2) Anestesia + antissepsia com campo estéril
- 3) Marking p/ pedicelo imune
- 1) Fratura punção com 2 f12
- 3) Controle sob inspeção oc.
- 3) Curativo
- 4) A SMTA

Dr. Leonardo Soares
Ortopedia / Traumatologia
CRM 4408 TEOT 12409

Mod. 76 HUT





PRESCRIÇÃO MÉDICA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Cultura Calaya do Sava

23019

DATA: 10/08/19 HORA: 14:51	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Dr. Thiago Almeida Endereço: Rua Santa Helena, nº 17266 - Jd. São Paulo - São Paulo/SP		
	1 - Dieta Geral; 2 - SI 0,5% 50ml EV de 12h em 12h; 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/8h; 4 - Fenoxitem 2mg + ADEV 12/12h; 5 - Ralidina 50mg + ADEV 8/8h; 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h SA; 7 - CCGG + SSVV.		
			16:30 - Verificado SSVV P.A 132x64; P 75 - peso - 48kg - Abundância constante brônquica, supúria auscultável, sem queixos claros no momento. Aguardar progressão das curvas. Encaminhado para UBC. TSS
			18h - Realizado BVP com pelo n° 20 em USD, nova aferição, mediana - menor do q.
	Thiago Almeida dos Santos Lima MÉDICO CRM-PR 7266		23:40 Verificado PA = 146 x 82 mmHg, P = 73 bpm. <u>por</u>
	Cir - Ampla		
	18:00h		

MOD: 007 - HUT

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILVANE CALASA DA SILVA** (Prontuário: 240000)
Endereço: POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/02/1985 Idade: 34a5m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735386
Requisição: 986204 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1281123 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE PUNHO ESQUERDO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULTI-SLICE COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, CORONAL, SAGITAL E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA ALINHADA NA EPÍFASE DISTAL DO RÁDIO, COM EXTENSÃO À SUPERFÍCIE ARTICULAR.
- FRATURA ALINHADA NA PORÇÃO DISTAL DO CAPITATO.
- FRATURA DO OSSO COMPACTO NA METÁFISE DISTAL DO RÁDIO.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

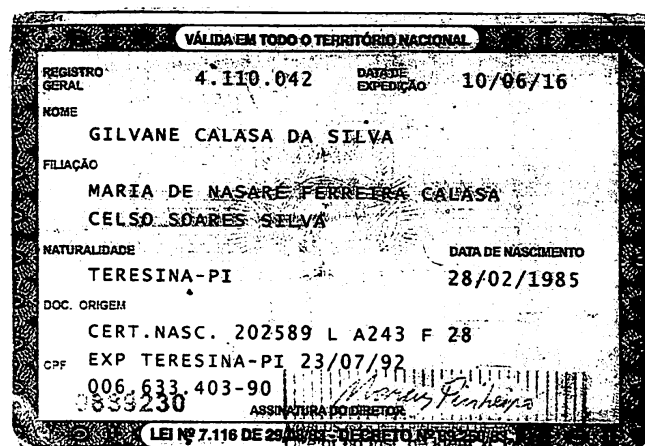
CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

CONFIRMADO
TERESINA
SERVIÇO DE
RADIOLOGIA







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 006.633.403-90 3 - CPF da vítima: 006.633.403-90 4 - Nome completo da vítima: Gilvane Calosa da Silva

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

5 - Nome completo: Gilvane Calosa da Silva 6 - CPF: 006.633.403-90
7 - Profissão: Educadora 8 - Endereço: R. do Curupa 9 - Número: 514 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: lduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67084

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

O declarante declara sob pena de levar a cabo a ação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteira 24 - Data do óbito da vítima: 30/10/19
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





AUTOATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU
DATA: 31/10/2019 HORA: 10:28:42
TERMINAL: 20041025 CONTROLE: 20040250221

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0029 013.00067084-7
NOME: GILVANE CALASA DA SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: R\$ 1.000,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 06 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 181579490

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

DATA DE EMISSÃO: 03/07/2019
Nº da Nota Fiscal: 023917639

CONTA MES: JULHO/2019 VENCIMENTO: 11-07-2019 CONSUMO (kWh): 122 TOTAL A PAGAR (R\$): 113,85

GILVANE CALASA DA SILVA
ES DO GURUPA S/N B-RURAL
CPF: 00000663340390
CEP: 64.000-000 - TERESINA
DADOS DA LEITURA: 8671 kWh

Atual: 8671 Anterior: 8549 Consumo Medido: 1.000 Consumo Medido: 122 FCAM Apresentação: 04-07-2019
Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: 30
ROT: 3.001.22.80.326820
DATAS DA LEITURA: 04/07/2019
Anterior: 04-06-2019
Próxima Leitura: 02-08-2019
FmleEn: 04-07-2019
Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse		Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL		MONO	A11S1612		1.1.1.1	118
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA				
Mês/ano consumo						
JUN/19	128	CONSUMO 122 A R\$ 0,859243 =				104,82
MAI/19	116	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)				9,03
ABR/19	110	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,24				
MAR/19	117					
FEV/19	128					
JAN/19	109					
DEZ/18	128					
NOV/18	138					
OUT/18	114					
SET/18	124					
TARIFA SEM TRIBUTOS:						
04 122 - 0,617316						

LIGUE 0800 086 0806 E FAÇA O PLANO DE VENCIMENTO 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 105 110 115 120 125 130 135 140 145 150 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 205 210 215 220 225 230 235 240 245 250 255 260 265 270 275 280 285 290 295 300 305 310 315 320 325 330 335 340 345 350 355 360 365 370 375 380 385 390 395 400 405 410 415 420 425 430 435 440 445 450 455 460 465 470 475 480 485 490 495 500 505 510 515 520 525 530 535 540 545 550 555 560 565 570 575 580 585 590 595 600 605 610 615 620 625 630 635 640 645 650 655 660 665 670 675 680 685 690 695 700 705 710 715 720 725 730 735 740 745 750 755 760 765 770 775 780 785 790 795 800 805 810 815 820 825 830 835 840 845 850 855 860 865 870 875 880 885 890 895 900 905 910 915 920 925 930 935 940 945 950 955 960 965 970 975 980 985 990 995 1000

Parabéns! Até o dia 03-07-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA DE ENERGIA - R\$

Distribuição	Energia	Transmissão	Encargos	Tributos	Base de Cálculo	Aliquota ICMS	Valor do ICMS	Valor do PIS	Valor do COFINS	INDICADORES DE CONTINUIDADE
	22,04	42,56	7,19	3,52	104,82	22,00%	23,06	1,15	5,30	
				29,51						

DIC			FIC			DMIC			DICRI		
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite											
Realizado	5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45	2,94				
Conjunto	0,00			0,00			0,00				
POLO			Período de apuração:			05/2019			EUSD:		
						41,07					

ROT: 3.001.22.80.326820 SEU CÓDIGO: 0834850-2 TOTAL A PAGAR - R\$: 113,85

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nº da Nota Fiscal: 023917639 FCAM

07/2019 11-07-2019

83630000001 2 13850017000 4 00000000834 2 85020719008 1

SEQ.: 00095 UC: 0834850-2 DT.LEIT.: 04/07/2019
LEITURA: 8671 NORMAL TOTAL: 113,85 CA
DT.VENC.: 11-07-2019 IRREG.: 000 COLET





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte o
número



Nº da Nota Fiscal 029074335

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019 31/10/2019 394 411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATA DA LEITURA
Atual:	21824	24/10/2019
Anterior:	21430	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação: 24/10/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	Consumo	Valor
Mês/ano consumo	CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 = 372,30
SET/19	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	30,03
AGO/19	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00	0,57
JUL/19	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
JUN/19	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
MAI/19	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
ABR/19	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	4,70
MAR/19	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,12
FEV/19		
JAN/19		
DEZ/18		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 374 - 0,035310

NOTIFICAÇÃO DE REATOS DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar por as datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO	9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE
COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)	IMPOSTOS E TRIBUTOS (R\$)
Distribuição: 73,20	Base de Cálculo: 372,30 271,78
Energia: 141,48	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,93	Valor do ICMS: 100,52
Encargos: 11,71	Valor do PIS: 1,40% 3,82
Tributos: 121,98	Valor do COFINS: 6,49% 17,64

Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjuntos:	TERESINA - MACALIBA						

ROT: 17.001.31.11.020500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO 0051869-7
MÊS FATURADO 10/2019
VENCIMENTO 31/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

836500000004 4 11880017000 3 000000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 24/10/2019 T. ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT. VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvane Calassa Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.633.403/90 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Gilvane Calassa Da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.633.403/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 30 de Outubro de 2019

Local e Data

x Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631093

Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILVANE CALASA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: **GILVANE CALASA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000067084-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: Gilvane Calasa da Silva, brasileiro, inscrito sob o CPF nº 006.633.403-90 e RG nº 4.110.042 SSPPI, residente e domiciliado no Povoado do Gurupa, s/n, Zona rural, CEP: 64099-899, Teresina – PI, pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, nomeia e constitui seu bastante procurador

OUTORGADOS: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO, advogado inscrito sob OAB/PI nº 17.395, com escritório localizado à rua Belarmino Braga, nº 7752, São Sebastião, Teresina-PI,

a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a “**cláusula Ad Judicia Et Extra**” a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-os quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Teresina, 18 de junho de 2020.



OUTORGANTE

