

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0828072-90.20..., Baixar o arquiv..., (32) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=328447&ca=2258bbad7392010b9212662f599918...

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

PJE Logo: ProceComCiv 0828072-90.2019.8.18.0140
MARCIANO DA SILVA NUNES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

Document Title: 12862182 - CONTESTAÇÃO (2761076 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/11/2020 10:43:13

Left Sidebar: 03 Nov 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
12862175 - CONTESTAÇÃO
12862182 - CONTESTAÇÃO (2761076 CONTESTACAO 01)
12862392 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
12862647 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
12862649 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS.)
12862652 - PROCURAÇÕES
U SUBSTABELECIMENTOS

Main Content: downloadBinario.seam 1 / 10
2761076- C3/ 2020-03974/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: javascript:void(0), Windows icons, PT, 10:43, 03/11/2020



Número: **0828072-90.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCIANO DA SILVA NUNES (AUTOR)		TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12862392	03/11/2020 10:43	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172541

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 24/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIANO DA SILVA NUNES

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 14002395





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, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172541

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 24/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00587/00588 - carta_02 - INVALIDEZ

00050284



Carta nº 14054701





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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190172541

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 24/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIANO DA SILVA NUNES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARCIANO DA SILVA NUNES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 0000091317-2

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.

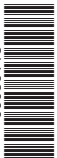
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00289/00290 - carta_15R - INVALIDEZ

00030145



Autorização de pagamento



Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 030830093-65	Nome completo da vítima MARCIANO DA SILVA NUNES
---------------------------	-------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCIANO DA SILVA NUNES		CPF titular da conta 030830093-65	Profissão
Endereço RUA 7005 UM VL FCO GERALDO		Número 2384	Complemento
Bairro SANTA GENEZ	Cidade TERESINA	Estado PI	CEP 64000000
Email M_LUCIANO50@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 86-983127641

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRD. 1987 (Informar dígito se existir)	D/V 	CONTA NRD. 91317 (Informar dígito se existir)	D/V 2 (Informar dígito se existir)
BANCO Nome 		NAO 	
AGÊNCIA NRD. 		CONTA NRD. 	
D/V 		D/V 	

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

TERESINA, 11 de MAIO de 2018
Local e Data

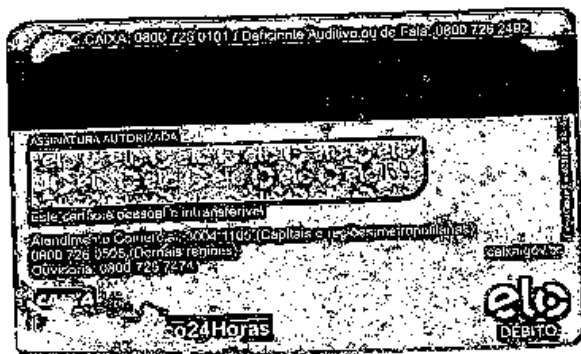
Marciano da Silva Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORM 001 V001/2017





Autorização de pagamento



Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 030830093-65	Nome completo da vítima MARCILAND DA SILVA NUNES
---------------------------	-------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCILAND DA SILVA NUNES		CPF titular da conta 030830093-65	Profissão
Endereço RUA 7005 UM VL FCO GERALDO		Número 2384	Complemento
Bairro SANTA GENEZ	Cidade TERESINA	Estado PI	CEP 64000000
Email M_LUCIANO50@HOTMAIL.COM		Telefone (DDD) 86-983127641	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRD. 1987 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRD. 91317 D/V 2 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome NAO AGÊNCIA NRD. D/V (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRD. D/V (Informar dígito se existir)	

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

TERESINA, 11 de MAIO de 2018
Local e Data

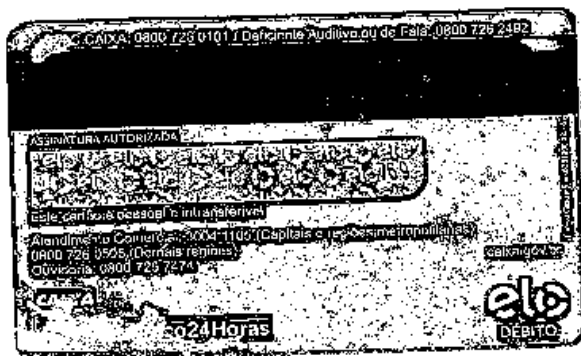
Marcilando da Silva Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORM 001 V001/2017







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

010.810.093-65

Nome completo da vítima:

Marciano da Silva Mendes

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

UF:

Estado:

CPF:

010.810.093-65

Número:

2384

CEP:

64.000.000

DV (DDD):

(86) 99997-0660

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1987

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 91317

(Informar o dígito se existir)

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 quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem me após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 1.947/74, 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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Circo de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascer (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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 nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir a Seguradora Líder, com a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

26 FEV 2019

DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2013





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

INZ.



654 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000703/2018-33

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 21/02/2018 - 12:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. 15 DE NOVEMBRO, Nº:

Complemento

Bairro

MORADA NOVA

Ponto de Referência

DISCAR (SKOL)

Data/Hora

24/10/2017 - 11:57

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIANO DA SILVA NUNES

RG: 577659467SSPSP

Mãe: TERESA DA SILVA NUNES

Endereço: RUA PROJ UM VL FRANCISCO GERARDO, Nº 2384

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9578-4859

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-MOTO HONDA/CG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, ANO 2011/2011, PLACA ODW-9475, DE PROPRIEDADE DA SR. ANTONIO FRANCISCO RUDUZINO, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE DORMIU, ONDE PERDEU O CONTROLE QUE MOTIVOU A QUEDA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT, PRONTUÁRIO DE Nº457796. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes
Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Marciano da Silva Nunes
MARCIANO DA SILVA NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000703/2018-33

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 21/02/2018 - 12:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

24/10/2017 - 11:57

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. 15 DE NOVEMBRO, Nº:

Complemento

Bairro

MORADA NOVA

Ponto de Referência

DISCAR (SKOL)

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIANO DA SILVA NUNES

RG: 5776594675SPSP

Mãe: TERESA DA SILVA NUNES

Endereço: RUA PROJ UM VL FRANCISCO GERARDO, Nº 2384

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9578-4859

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-1 MOTO HONDA/CG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, ANO 2011/2011, PLACA ODW-9475, DE PROPRIEDADE DA SR. ANTONIO FRANCISCO RUDUZINO, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE DORMIU, ONDE PERDEU O CONTROLE QUE MOTIVOU A QUEDA. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº457796. É O REGISTRO.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092581
AGENTE DE POLÍCIA

MARCIANO DA SILVA NUNES - Notificante
Responsável pela Informação





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

010.810.093-65

Nome completo da vítima:

Marciano da Silva Mendes

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

UF:

Estado:

CPF:

Número:

CEP:

DV (DDD):

(06) 99997-0660

Complemento:

64.000.000

DADOS CADASTRAIS

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

RENDAMENTO:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1987

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 91317

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 1.947/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Circo de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascer (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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 nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir a Seguradora Líder, com responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Nome:

CPF:

Teresina PI 22/02/2019

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2013



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:43:12

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110310431235100000012166825

Número do documento: 20110310431235100000012166825



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IEGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência		
Tipo de Ocorrência	19 Vítilas				
	20 Meio de locomoção				
Atividade de Transporte	21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança		
	23 Glasgow		24 Sinais vitais		
Exame Físico	25 Local da lesão		26 Pupilas		
	27 Pulso		28 Sengramento		
Assistência	29 Dor		30 Fratura		
	31 Procedimentos realizados		32 Hospital de Destino		
Observações Interdisciplinares	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	Observações Interdisciplinares				

Obs: motociclista usando capacete sem elástico com cinto apresentando a graduação exposta no ME. idêntica no uso e 150. segue consciente, orientado, calmo, sem dor intensa no membro superior direito, sem perda de consciência ou vômitos. nega consumo de álcool. Desacompanhado.

CONFERE COM O ORIGINAL
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Assinatura: *Ana Beatriz Correia*
Responsável pela recepção

Socorristas: Médico *Blaine* AE/TE Enfermeiro *Merica* Condutor

Versão: 27.11.2011

AG:609953-PI



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: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIANO DA SILVA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000091317-2

Nr. da Autenticação 1913721A3C615620



equatorial
energia
cepisa

COMPANHIA EQUATORIAL DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.849.745/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Contr. em regime EMTA - Série 0-1
Regime especial de imposto autossuficiente pela SPRAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal: **017478783**

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

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	15/02/2019	99	95,47

MARIA DE LIMA
R. TRAFÓ 2384 B-URBANO

CEP: 64.060-000 - TERESINA

Atual:

Anterior: 11221
Consumo de Multiplicação: 11122
Consumo Medida: 1,000
Consumo Faturado: 99

Atual:

Anterior: 09/02/2019
Próxima Vistoria: 09/01/2019
Fim da: 12/03/2019
Apresentação: 07/02/2019

Forma de Faturamento: 09 Código de Irregularidade: FCM Data de Consumo: 09/02/2019

CLASSIFICAÇÃO DE CONTABILIDADE

Classe/Subclasse	NORMAL	Limite	Número Medidor	Phas	Código Rel.	3	Unidade	12 meses
RF - Faturamento	MONO	A840473	1.1.1.1	70				

CONSUMO 99 A R\$ 0,889544 = 88,06
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,41

JAN/19 83
DEZ/18 82
NOV/18 106
OUT/18 95
SET/18 104
AGO/18 61
JUL/18 0
JUN/18 40
MAI/18 62
ABR/18 13

TRFPA EM 12/02/19:
0,43 - 0,023556

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
01/2019 196,38

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/02/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome no consumidor no cadastro de inadimplentes ainda existentes, com o vencimento da reavização no valor de R\$ 1,04 (um dólar e quarenta e quatro centavos) por mês, efetuada o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	8020.8171.8572.8488	0,00	0,00	Alíquota CMSP	5360.1055	0,00	0,00
Energia:				Valor do CMSP	88,06		
Transmissão:	17,83			Valor do PIS	22,00%		
Enargos:	34,43			Valor do COFINS	10,37		
Tributos:	5,82						
IMPOSTOS/TRIBUTOS DE CONTINUIDADE							
ICMS	IRPJ	FIC	CMSP	IRPJ	CMSP	IRPJ	CMSP
Previdência	Previdência	Anual	Mensal	Previdência	Anual	Previdência	Mensal
Unidade							
Residência							
Consumo	5,08	10,15	20,30	5,13	10,26	20,52	5,13
	0,00		0,00		0,00		0,00

TERESINA

equatorial
energia
cepisa

ATICA DO FISCAL
- Teresina - PI
19.301.383-5

12/2018 25,63
TOTAL A PAGAR - R\$

SEU CÓDIGO

0963004-0

MÊS FATURADO

02/2019

Nº da Nota Fiscal:

VENCIMENTO

15/02/2019

017478783 FCM

2 00000000963 9 00400219008 2



DT. LEIT.: 09/02/2019 T. ENTR.: 03
TOTAL: 95,47 CARGA: 011
15/02/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0951

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
26 FEV 2019
DPVAT





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAT/PI nº 990

Nº da Nota Fiscal 012300600

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	07/11/2018	684	587,16

ELIZETE CHAVES DI SOUZA
R. MACAPÁ 4001 NOVO HORIZONTE
CPF: 00079517307349
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	14993	Atual:	15/10/2018
Anterior:	44380	Anterior:	13/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,0000	Próxima Leitura:	14/11/2018
Consumo Medido:	604	Chamada:	11/10/2018
Consumo Faturado:	604	Aproximação:	14/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Especif.	Número Medidor	End.	Código Fil.
RESIDENCIAL	MONO	A786234		1.1.1.1

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/18 0	CONSUMO 004 A R\$ 0,895876 - 541,10
AGO/18 0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 43,78
JUL/18 0	2A. VIA PERDIDO CONSUMO 05/15-000 2,28
JUN/18 0	ADICIONAI BANDEIRA VERMELHA - 30,17
MAY/18 0	
ABR/18 0	
MAR/18 0	
FEV/18 0	
JAN/18 0	
DEZ/17 0	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
ATENÇÃO: O valor devido para o mês de OUTUBRO/2018 é de R\$ 587,16. O vencimento é para o dia 07/11/2018. Caso não seja pago, a conta será encaminhada para cobrança em nome da concessionária de energia elétrica.	

RESERVAÇÃO FISCAL 3674.8385.6449.0F99.1CC2.9F3B.061C.52E9	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 104,11	Base de Cálculo: 541,10
Energia: 198,05	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 31,16	Valor do ICMS: 146,09
Energia: 31,56	Valor do PIS: 5,35
Tributos: 176,22	Valor do COFINS: 24,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
CHC	FC	PMU	QICA	PMU	QICA
5,19	10,39	20,77	3,36	6,77	13,54

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 FEV 2019

DPVAT





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

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

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?TIPD=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVIDÊNCIA 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo José Lima de Camargo

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 84438853-1, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marciano da Silva Nunes inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 810 093 / 65

do sinistro de DPVAT cobertura Integral da Vítima Marciano da Silva Nunes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 810 093 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>R. Municipal</u>	Número: <u>4001</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Novo Horizonte</u>	Cidade: <u>Terreiros</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64-070-150</u>	CPF: <u>010 810 093 / 65</u>

Local e Data: Terreiros - PE 20/02 2019

Eduardo José Lima de Camargo
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:43:12
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110310431235100000012166825>
Número do documento: 20110310431235100000012166825



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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, Antonio Francisco Reduzino
RG nº 3.486.092, data de expedição 06/08/10
Órgão SSR-Pi portador do CPF nº 788.071.641-04
com domicílio na cidade de Tererema, no Estado de Piauí
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) A 128 205/3 e Angelim, nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Marciano de Alva Nunes, cujo o condutor era
Marciano de Alva Nunes
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES Ano: 2011
Placa: ODW 9945 Chassi: 9C2KC1650 BR536687
Data do Acidente: 29/10/2017

Local e Data:

Tererema - PI 18/02/2019

5º Ofício

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 FEV 2019

DPVAT

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Barros, 91/Sul - Centro
Teresina-Piauí - (66) 3221-6665
Marta Luiza Moreira Tajm Melo
Tabela Interina

Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
D. JALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal do Araújo - Tabela
Rua Barros, 91/Sul - CEP: 64001-150 - Teresina-PI - Fone: (66) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO FRANCISCO
REDUZINO. DOU. FE. EM. TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 18/02/2019. Emp. 3,95 T. 0,77 F. 0,10 Selo: 0,26
Total: 4,98 Selo: ABL 37913 (FOLIO 135)

CAMILA BEZERRA DE SOUZA MARTINS-ESCREVENTE AUTORIZADA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:43:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110310431235100000012166825>

Número do documento: 20110310431235100000012166825

Num. 12862392 - Pág. 17



Marciano da Silva Nome



Paciente acime vítima de acidente motorcístico com fratura do calcâneo esquerdo e perda da sordure subcalcaneal. (CID S920).

Evoluiu com pele subcalcaneal que compromete a carga e o subcalcâneo destruído e suas condições de carga.

Tal paciente comprometera em caráter permanente a Marcha do membro inferior esquerdo.

Dr. Orlando Amorim Leite
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM 1354 TEOT 5825

Dr. Orlando Amorim Leite
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM 1354 TEOT 5825

6.08.2018





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Marciano da Silva Nunes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 457.796



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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

IMP: 24/10/2017 01:10:29
(CARLA CAMILO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARCIANO DA SILVA NUNES	Prontuário:	457796
Mãe:	TERESA DA SILVA NUNES	Pai:	CRISTINO NUNES DE ALMEIDA
End. Resid.:	NAO INFORMADO - MORADA NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	28/10/1980	Idade:	36a:11m:26d
Sexo:	Masculino	Fone:	
Responsável:	MARCIANO DA SILVA NUNES	CNS:	700002982303501
Profissão:	NAO INFORMADO	Documento:	RG: 577659467 - SSP-PI
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	632124	Data:	24/10/2017 01:08:58	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	24/10/17 01:54	ESPECIALISTA:	ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	fratura exposta de calcâneo. * Ao se p/ cirurgia após liberação da Neurocirurgia e via geral		
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	24/10/17 02:35	Carimbo/Assinatura Solicitante
O mesmo com fratura exposta de calcâneo, sem possibilidade de redução com técnicas conservadoras. Sem conduta Neurocirúrgica.			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	24/10/17 04:00	ESPECIALISTA:	ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Paciente com ferimento em pi - espalado apresentando exposição óssea em calcâneo, após 02 perfurações de tórax, rubor pedoso cheio - vermelho e? Encaixe ao centro ungueal		
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:		
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			



RARE COR DA ORTOPIEDIA =

VAGUEIR =

SUS SUS

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.532.917/0022-03

Imp: 24/10/2017 01:10:39

(User: CARLA CASTRO)

(Relatado: INTERPOLAR)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DOS DO PACIENTE:

Nome: MARCIANO DA SILVA NUNES	Prontuário: 457796
Mãe: TERESA DA SILVA NUNES	Pai: CRISTINO NUNES DE ALMEIDA
Ind. Resid.: NAO INFORMADO - MORADA NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 28/10/1980	Idade: 36a:11m:26d
Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: MARCIANO DA SILVA NUNES	CNS: 700002982303501
Profissão: NAO INFORMADO	CPF: * RG: 577659467 - SSP-PI
1. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)
Ind. Local:	

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 632124	Data: 24/10/2017 01:08:58	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: Não	Trajetória: Não	Tipico: Não
	CID Secundário: V299	

DADOS CLÍNICOS:

Paciente homem, normalizado, vítima de acidente motociclístico, em uso de capacete, com perda de consciência e com vômito.

A) Vias aéreas permeáveis com reflexo súbito e pinça negativa.

B) MM (+)

C) FC = 98bpm. Ritmo irregular.

D) Glasgow = 15.

→ E) Exame físico, em parte esquerda, digito em pé esquerdo com sangramento intenso.

PA: 120/80 mmHg	Pulso: 98 bpm	FC: 98 bpm	Temp: 36,5°C
Diagnóstico Inicial:			CTP:

CONDUZA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Raios X de pé esquerdo.

Exame do Veneador (em 1º grau).

Exame do Ortopedia.

Raios X de tórax.

Fuorimol 100mg + 100mg Sg 9.10 (agora)

ALTA:	☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar a Unid. Origem: ☐ Transferência:
ÓBITO:	☐ Até 24 hs ☐ De 24 a 48 hs ☐ Após 48 hs	☐ Família ☐ IML ☐ Anst. Patol.	DESTINO: ☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0408050535 CID Compatível: S920.
DATA SAÍDA: 1/11/2017		HORA: 10:10	
Assinatura Paciente ou Responsável		Prof. Solicitante Internação: Dr. Almir Rabelo Filho Ortopedia / Traumatologia CRM: 2072	

ambos 360/10 mmHg, P 100bpm, T 36,5°C

Carimbo - Assinatura - Profissional - BR







PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº

Proc. Nº

Assinatura

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/10/17

NOME DO PACIENTE:	Marciano da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	Fractura de calcâneo	CIRURGIA:	LHC + osteomielite
ANESTESIA:	raque	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Almir	CPF Nº:	
AUXILIAR:	est.	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Heráclano	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Mary Silva	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LÂMINA DE INCISÃO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	1mt		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Cupom	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				luva hº 8.0		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL 2-0 S/A		01					
MONONYLON 2-0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA			
VICRYL				CIRCULANTE	6/ano		
PROLENE							

nylon 0

02

MOD - 004



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 10:43:12

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110310431235100000012166825

Número do documento: 20110310431235100000012166825



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente: <u>Marcos da Silva Lima</u>		
Diagnóstico pré-operatório: <u>Fratura Exposta Calcâneo D, Vaso da</u>		
Operação - Tipo: <u>Osteossíntese p. L.H., Fixação placa e Anclagem</u>		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia
Anestésico(s)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Presente em PDA não reagente a isso, Anemia, Anticoagulante
caloroso do corpo inteiro, limpa e exsuda com
SFOIS, observado perda de área de calcâneo, lesão com
perda de sustentação da porção plantar. Realização de fixação
desmontável, Osteossíntese da fratura de calcâneo e de
avulsão da apófise calcânea sob incisão, suturas, curativo
S.N. OBS: Boa perfuração dental e pulso pedâneo cheio

Dr. Amir Roberto Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 2972

Mod. 76 HUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8640-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

PROIBIDO PLASTIFICAR

Marciano da Silva Nunes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

57.765.946-7 16/AGO/2013

MARCIANO DA SILVA NUNES

CRISTINO NUNES DE ALMEIDA

E TERESA DA SILVA NUNES

TERESINA -PI 28/OUT/1980

TERESINA-PI

1. CIRCUNSCRIÇÃO

CN: LV.A115/FLS.393 /N.095606

010810093/65 PIS 13887785818

293 Delegado - Divisão de Identificação

Roberto ASSINATURA DO DETENTOR III GELSI-PI

LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 FEV 2019

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

DOC. IDENTIFIC. ORG. FISCAL: 1968901 SSP PI

CPE: 844.388.513-00 DATA HABILITACAO: 19/03/1981

PLACAO: ANTONIO BARROS DE CARVALHO
ANTONIA LUCIA DE LIMA CARVALHO

PERMISSAO: ACC CAT. HAB: A/B

DT. REGISTRO: 03608246500 DT. EXPIRACAO: 05/01/2022 DT. HABILITACAO: 28/09/2005

COSEPARACAO:

Eduardo Jose Lima de Carvalho
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: TERESINA DATA DE EMISSAO: 17/02/2017

79054015018
9310255472

ANEXO 1 - FOTOGRAFIA DO TITULAR DO DOCUMENTO

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1412442552

PROIBIDO PLASTIFICAR
1412442552

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
26 FEV 2019
DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190172541**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIANO DA SILVA NUNES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua TRAFÓ, 2384 - CENTRO - Teresina - PI - CEP 64000-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **577659467**

Data e local do acidente: [**24/10/2017**]

AV 15 DE NOVENBRO SN MORADA NOVA TERESINA PI

Data e local do exame: [**21/03/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM PERDA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM MARÇO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequelas permanentes" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190172541 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM PERDA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM MARÇO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069864/19

Vítima: MARCIANO DA SILVA NUNES

CPF: 010.810.093-65

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2017

Titular do CPF: MARCIANO DA SILVA NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO : 844.388.513-00

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

MARCIANO DA SILVA NUNES : 010.810.093-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/02/2019
Nome: EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO
CPF: 844.388.513-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

