

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Consulta p..., PJe 0820241-54, Baixar o arq..., (30) Whats..., Reflexos do...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=5613335&ca=3a018e7a5630b3f0b71e032afa99901...

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

Header: **PJe** ProceComCiv 0820241-54.2020.8.18.0140 WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

Page Title: 13111396 - CONTESTAÇÃO (2764528 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/11/2020 14:29:31

Left Sidebar (13 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13111140 - CONTESTAÇÃO
 - 13111396 - CONTESTAÇÃO (2764528 CONTESTACAO 01)
 - 13111398 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13111400 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13111401 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13111402 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (downloadBinario.seam):

2764528- C3/ 2020-04137/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Page Number: 1 / 10

System Tray: PT, 14:29, 13/11/2020



Número: **0820241-54.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/09/2020**

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	
WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13111398	13/11/2020 14:29	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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: 13/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000087115-9

Nr. da Autenticação 768CFAB92068E9C8



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: 4020-1396 / 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?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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luis dos santos silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 344.387.593 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wilson Carlos Vianna da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.050.183 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Wilson Carlos Vianna da Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.050.183 / 49, 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 Lider-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. Domingos Afonso Marfense</u>	Número: <u>6267</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Marfense</u>	Cidade: <u>Tererina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>84004-790</u>	Tel. (DDD): <u>86.88657066</u>

Local e Data:

Luis dos santos silva

Assinatura do Declarante



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: 4026-1596 / 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, Francisco das Chagas Almeida Cerqueira
RG nº 692.971, data de expedição 09/07/19
Órgão SS - PI, portador do CPF nº 341.098.703-72
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Dimithos notas, nº 1850
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
Wilson Carlos Vinhadacosta, cujo o condutor era
Wilson Carlos Viana da Costa
Veículo: mate Modelo: Honola - GG 125 For Ano: 2009
Placa: NIF - 5848 Chassi: 9C2JC41109R646370
Data do Acidente: 27/05/19

Local e Data: TERESINA 11 DE JULHO 2019

Francisco das Chagas Almeida Cerqueira
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Cartório
Tribunais
Sampaio

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DAS
CHAGAS ALMEIDA CERQUEIRA. DOU FB. EM TEST. Sim DA
VERDADE: Teresina-PI 11/07/2019 Sele: AAD63894-62VR
www.tjpi.jus.br/portalexta

Maria do Socorro de Carvalho de Sampaio Escrevente Autorizada
Escr: 3,85 VJ: 0,77 POMP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - OP: 239

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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



C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí
E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 26/05/2019
BO=100203.002629/2019-70

HD- LUXAÇÃO DE COTOVELO E +
FRATURA DA CABEÇA DO RADIO E

FEITO TRATAMENTO CIRURGICO DE
LUXAÇÃO DE COTOVELO E + FRATURA
DA CABEÇA DO RADIO E COM ARTRO-
PLASTIA DE CABEÇA DO RADIO .

EF = DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
SEVERA EM COTOVELO E
F DE 35 GRAUS

RX CONTROLE DE PROTESE DE CABE-
ÇA DO RADIO E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 75 % EM COTOVELO E



Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2315 / CRM-MA 3294
TEOR - 5044

Teresina 18 de Setembro de 2019

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2315-PI





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do exame: 11/06/2019

Id Paciente: LA418950

Data do laudo: 12-06-2019

Raio X de Cotovelo Esquerdo

Ache metálica de fixação pós-cirúrgico na região proximal do rádio.

Imobilização em tala gessada.

Espaços articulares preservados.

Focos com densidade cálcica em partes moles.

Dr. Livio W S Parente Filho
Médico Radiologista
CRM-PI: 2271

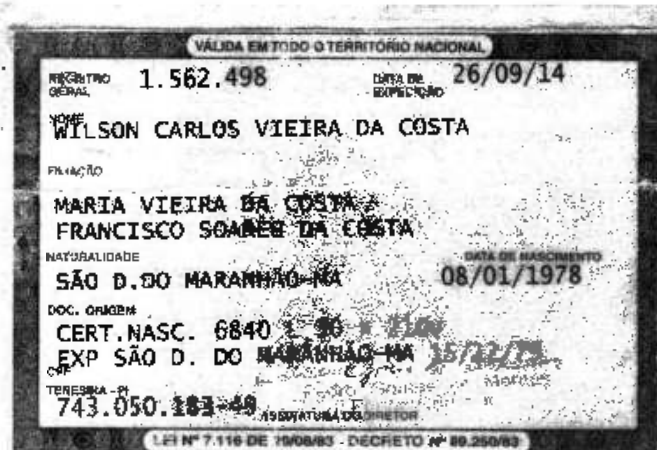




W: 1023 L: 511 78.02% W: 1023 L: 511 78.02%

041Y M LA418950 11/06/2019 041Y M LA418950 11/06/2019
Nasc: 08/01/1978 12:06:48 Nasc: 08/01/1978 12:06:48
COTOVELO AP COTOVELO, LAT
UP EXM UP EXM
Im: 1 / 2 Im: 2 / 2
2370 X 1770 2370 X 1770
PACIENTE COM RESTICAO MOTORA NAO CONSEGUE FAZER AP PACIENTE COM RESTICAO MOTORA NAO CONSEGUE FAZER AP





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506694 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA PROXIMAL DO RÁDIO ESQUERDO. P11/12
FRATURA DO PROCESSO CORONOIDE DA ULNA ESQUERDA. P13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA DA CABEÇA DO RÁDIO. P12/13/17
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM NÍVEL INTENSO (75%) DO COTOVELO ESQUERDO.
REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Wilson Carlos Vieira da Costa
 RG: 1.562.498 Órgão Emissor: SS-MA CPF: 743.050.183-49
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Recebe
 Endereço: R. Mariano Goyano Nº 5916
 Bairro: St. Maria Cedice Cep: 64.012-440 Cidade/UF: Teresina - PI
 Telefone: (86) 98865.7066 () ()

OUTORGADO:

Nome: Luiz dos Santos Silva
 RG: 998.527 Órgão Emissor: SS-PI CPF: 394.387.593-87
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Recebe
 Endereço: R. Domingos Afonso Marques Nº 6267
 Bairro: Marina Cep: 64.064-770 Cidade/UF: Teresina - PI
 Telefone: (86) 98865.7066 () ()

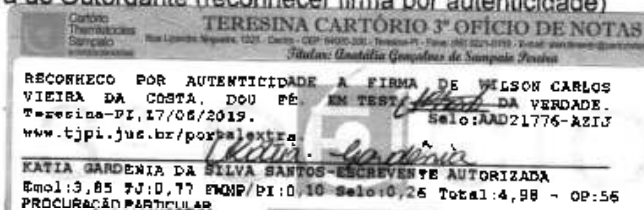
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Wilson Carlos Vieira da Costa
 CPF: 743.050.183.49 Data do Acidente: 27/05/2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina 27/06/2019

Local e data

Wilson Carlos Vieira da Costa
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299242/19

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

CPF: 743.050.183-49

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUIS DOS SANTOS SILVA : 394.387.593-87

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

WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA : 743.050.183-49

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: 30/08/2019
Nome: LUIS DOS SANTOS SILVA
CPF: 394.387.593-87

LUIS DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506694 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA PROXIMAL DO RÁDIO ESQUERDO. P11/12
FRATURA DO PROCESSO CORONOIDE DA ULNA ESQUERDA. P13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA DA CABEÇA DO RÁDIO. P12/13/17
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





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, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190506694

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

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 dos cotovelos
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: **WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000087115-9**

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





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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190506694

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01059/01060 - carta_09 - INVALIDEZ

00070530



Carta nº 14809948





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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190506694

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

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,

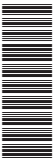
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14930215

Pag. 00075/00076 - carta_01 - INVALIDEZ

00440038





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 743.050.183-49 4 - Nome completo da vítima: Wilson Carlos Vieira da Costa

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

5 - Nome completo: Wilson Carlos Vieira da Costa 6 - CPF: 743.050.183-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Mariano Gaioso 9 - Número: 5926 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Maria 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 99457.4824

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: ☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 13 CONTA: 87115 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vinculado)? ☐ 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer renúncia 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 representante legal

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019





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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002629/2019-70

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/07/2019 - 11:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

26/05/2019 - 23:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ITAPERU

Endereço

ALAMEDA JOÃO ISIDORO FRANÇA C/ AV. CASTELO DO PIAUI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1562498 PI

Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA

Pai: FRANCISCO SOARES DA COSTA

Endereço: RUA MARIANO GAIOSO Nº 5926

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

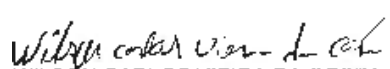
Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIF-5848-PI, COR PRETA, RENAVAM 00160480779, PROP. DE FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA CERQUEIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA ALAMEDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA AV. CASTELO DO PIAUI, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA, RUA MARIANO GAIOSO, RUA MARIANO GAIOSO, 5926/B, SANTA ROSA, E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. (PRONT. 125710). DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 409212). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 743.050.183-49 4 - Nome completo da vítima: Wilson Carlos Vieira da Costa

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

5 - Nome completo: Wilson Carlos Vieira da Costa 6 - CPF: 743.050.183-49
7 - Profissão: R. Meriano Gaioso 8 - Endereço: R. Meriano Gaioso 9 - Número: 5926 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Maria 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 99457.4824

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 13 CONTA: 87115 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vinculado)? ☐ 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer renúncia 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 para efeito de validação

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019



**HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES**

Rua Miguel Alves S/N Buenos Aires - Fone: 66 3215-9176

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 27/05/2019 00:07:11

IDuser: NEUZA

IDetector: EAIMEL-PC1

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA		Prontuário: 125710
Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA		Pai: FRANCISCO SOARES DA COSTA
End. Resid.: RUA ALTOS 5301 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 08/01/1978	Idade: 41a4m19d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 706805794242320
Profissão:		Documento: RG: 1562498 - SSP/PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 144809	Entrada: 27/05/2019 00:04:17	Convênio: SUS	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA COM MOTOCICLISTA			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES
ENTREGUE
Documento Conforme Original
THE 25.06.19
Setor Produção

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: Kg	Altura: M	IMC: Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Queda de moto evolui com dor no
braço esquerdo joelho DX.
Rx: fratura raios

Diagnóstico Inicial:**Exames Complementares:****Prescrição Médica:**

- Ao HT
- Dapirone 1g/1h
- Voltaren 1g/1h

MR DO LARMO
24.2.17

Motivo da Alta/Encerramento:**DATA:** ____/____/____ **HORA:** ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Antônio José Soares Farias Vianna
CRM 4074
Otorrinolaringologista

