

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe (Portal do Advogado) system. The document is a contestation (Contestação) for case number 13111396, dated 13 Nov 2020. The document is titled "13111396 - CONTESTAÇÃO (2764528 CONTESTACAO 01)" and is juntado by EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO on 13/11/2020 at 14:29:31. The document is a binary file named "downloadBinario.seam" and is page 1 of 10. The document content includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The browser toolbar shows various icons for file operations like download, print, and search. The status bar at the bottom right shows the date and time as 13/11/2020 14:29.



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
13111 398	13/11/2020 14:29	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:29:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314293103000000012401832>
Número do documento: 20111314293103000000012401832

Num. 13111398 - Pág. 1



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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSÉGURO. 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 Luis dos santos silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 394.387.593 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wilson Carlos Viura dos costos inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.050.183 / 49
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Wilson Carlos Viura dos costos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.050.183 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

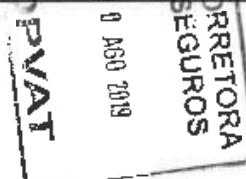
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R. Domingos Afonso Marpense</u>	Número:	<u>6267</u>	Complemento:	<u>losa</u>
Bairro:	<u>Marpense</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>64.004.470</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: 0400-1596 / 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 ESPÍRITO

RG nº 652.971, data de expedição 09/07/19

Órgão 55 - PI, portador do CPF nº 341.098.703-72

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piáui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Mímico Neto, nº 1850

complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Wilson Carlos Viana da Costa, cujo o condutor era

Wilson Carlos Viana da Costa

Veículo: mate Modelo: Honda - CG 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 Espírito

Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Centro Themistocles Sampaio - Rua Joaquim Nogueira, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0150 - E-mail: centrothemistocles@centrothemistocles.com.br

Flávia: www.centrothemistocles.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE **FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA CERQUEIRA**, DOU FE. EM TEST. **DA VERDADE** - Teresina-PI, 11/07/2019. Sel: AAD63894-6DVR

www.tjpi.jus.br/portalextra

Maria do Socorro de Carvalho de Sá - Escrivane Autorizada

Emol: 3,85 VJ: 0,77 FMMF/PI: 0,10 Salo: 0,26 Total: 4,98 - DP: 239

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Centro Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sá - Escrivane 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 RÁDIO E

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

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

RX CONTROLE DE PROTESE DE CABE-
ÇA DO RÁDIO E

RELATÓRIO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 75 % EM COTOVELO E



Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2316 / CRM-MG 3294
TEUF 8034

Teresina 18 de Setembro de 2019

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia + Traumatologia
CRM 2316-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 cárnea em partes moles.

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



041Y M LA418950
041Y M LA418950
Nasc: 08/01/1978 Nasc: 08/01/1978
COTOVELO AP COTOVELO, LAT
UP EXAM UP EXAM
Im: 1 / 2 Im: 2 / 2
2370 X 1770 2370 X 1770
PACIENTE COM RESTICAÇÃO MOTORIA NAO CONSEGUE FAZER AP
E
E

11/06/2019 041Y M LA418950
12:06:48 Nasc: 08/01/1978
COTOVELO, LAT
UP EXAM

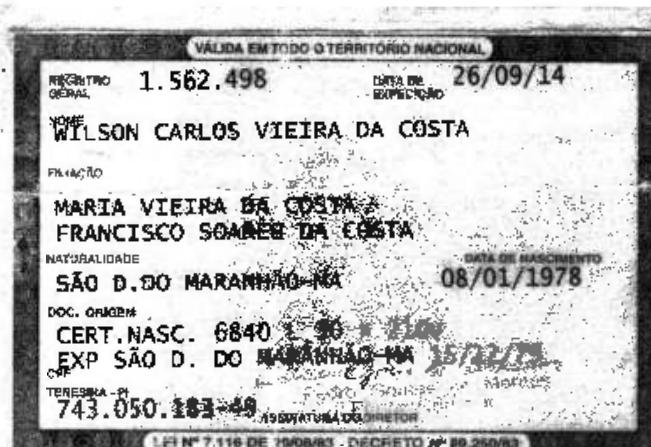
Im: 2 / 2

2370 X 1770

PACIENTE COM RESTICAÇÃO MOTORIA NAO CONSEGUE FAZER AP

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





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:29:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131429310300000012401832>
Número do documento: 2011131429310300000012401832

Num. 13111398 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:29:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131429310300000012401832>
Número do documento: 2011131429310300000012401832

Num. 13111398 - Pág. 9

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 URNA 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 Orgão Emissor: SS-MA CPF: 743.050.183-49
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Recreio
Endereço: R. Mariano Goyaro N° 5916
Bairro: St. Maria Centro Cep: 64012-440 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98865.7066 () ()

OUTORGADO:

Nome: lun dos santos silva
RG: 998.527 Orgão Emissor: SS-PI CPF: 394.387.593-87
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Recreio
Endereço: R Domingos Afonso Matheus N° 6267
Bairro: Matriz Cep: 64004-770 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98865.7066 () ()

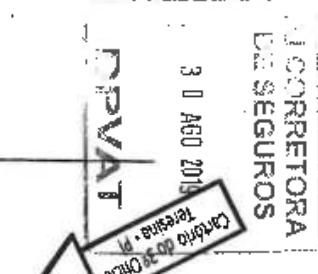
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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

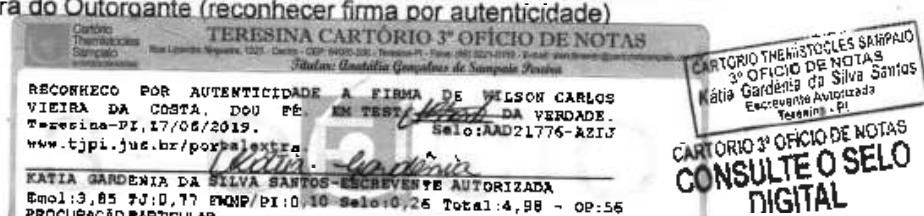
CPF: 743.050.183-49 Data do Acidente: 27/10/2019
Cobertura solicitada: Invalidade Permanente DAMS Morte

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUIS DOS SANTOS SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:29:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131429310300000012401832>
Número do documento: 2011131429310300000012401832

Num. 13111398 - Pág. 12

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 URNA 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, retorno 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

00040647






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

Pac 01058/01060 - carta 08 - INVAL IDEZ

00070530

Carta n° 14809948



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:29:31
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314293103000000012401832>
Número do documento: 20111314293103000000012401832

Num. 13111398 - Pág. 15



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00075/00076 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14930215



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:29:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131429310300000012401832>
Número do documento: 2011131429310300000012401832

Num. 13111398 - Pág. 16



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: **743050.183.49** 3 - CPF da Vítima: **743050.183.49** 4 - Nome completo da vítima: **Wilson Carlos Viana 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 Viana da Costa** 6 - CPF: **743050.183.49**
 7 - Profissão: **Revisor** 8 - Endereço: **R. Mariano Gaioso** 9 - Número: **5926** 10 - Complemento: **Costa**
 11 - Bairro: **Santa maria** 12 - Cidade: **Teresina** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64000-000**
 15 - E-mail: **8699457.4824**

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: **030 000 000-00** 19 - Profissão do Representante Legal:
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEKAR CÓPIA).
 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RFUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA 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: **1606** CONTA: **87335** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) **9** (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 crediar 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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 0.194/74, art. 39, §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) Divorciado Separado Judicialmente Víviro 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/viúvase? Sim Não 31 - Vítima bebeu bebês? 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 devidamente, 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 responsável pelo pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data,

Wilson Carlos Viana da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(CNPJ)

Wilson Carlos Viana da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Wilson Carlos Viana da Costa





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

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

26/05/2019 - 23:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

TERESINA

ITAPERU

Endereço

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

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Tipo Envolt.: 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 PIAUÍ, 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: 4 - Nome completo da vítima:

743050.183.49 Wilson Carlos Viana 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 Viana da Costa
 6 - CPF: 743050.183.49
 7 - Profissão: Revisor
 8 - Endereço: R. Mariano Gaioso
 9 - Número: 5926
 10 - Complemento: Costa
 11 - Bairro: Santa maria
 12 - Cidade: Teresina
 13 - Estado: PI
 14 - CEP: 64.000.000
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8699457-4824

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 (ANEKAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA 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: 1606 CONTA: 87335 (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 crediar 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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 0.194/74, art. 39, §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) Divorciado Separado Judicialmente Víviro 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/viúvase? Sim Não 31 - Vítima bebeu bebês? 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 devidamente, 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 responsável pelo pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fluxo - 130.08.28

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(CNPJ)

Flávia dos Santos Silva

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

Imp: 27/05/2019 00:07:17

User: NEUZA;

Setor: SAIMEL-POI

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA		<u>Prontuário:</u> 125710
<u>Mãe:</u> MARIA VIEIRA DA COSTA		<u>Pai:</u> FRANCISCO SOARES DA COSTA
<u>End. Resid.:</u> RUA ALTOS 5301 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 08/01/1978	<u>Idade:</u> 41a4m19d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u>
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 706805704242320
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> RG: 1562498 - SSPT
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 144809	<u>Entrada:</u> 27/05/2019 00:04:17	<u>Convênio:</u> 2 U S	<u>Proced:</u>
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA COM MOTOCICLISTA			
<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
	HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES ENTREGUE Documento Conforme Origem THE 25/05/19 Setor Pronto	Indefinido
<u>Breve História Clas. Risco:</u>		

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora: ____ : ____)</u>			
Peso: Kg	Altura: M	IMC: Kg/m ²	P脉so: bmp	Pressão: mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>	
<p>Mulher de moto evoluí com dor lombar mágoa esq sento Rx Rx: fratura radio</p>	
<p>Diagnóstico Inicial:</p>	
<p>Exames Complementares:</p>	

<u>Prescrição Médica:</u>
<p>- Ao HUT - Diprofene 1g/100ml - Voltaren 1g/100ml</p>
<p>M- do Lombo 24/27</p>
<p>Motivo da Alta/Encerramento:</p>
<p><u>DATA:</u> / / : <u>HORA:</u> : <u>Dr. Abdo M. Sales feita 1/1/2019</u> CRM 074 Otorrinolaringologista</p>

<p><u>Assinatura Paciente ou Responsável:</u></p> <p><u>Mayme Riedel Pinto</u></p>
--

