

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: 15/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIA MARIA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000048920-0

Nr. da Autenticação B681BB34C4DC3180

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180200442 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIA MARIA VIEIRA **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO
:25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180200442

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLAUDIA MARIA VIEIRA

Data do acidente: 08/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM EXTENSÃO A SUPERFÍCIE ARTICULAR ESTENDENDO-SE ATÉ A TRANSIÇÃO METADIAFISÁRIA DA TÍBIA PROXIMAL; FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 2 DIAS, SENDO SUBSTITUÍDO POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ SESSENTA SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO E NA PERNA ESQUERDA, COM REDUÇÃO I NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO, COM DOR AOS ESFORÇOS, COM DÉFICIT DA DEAMBULAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/10/2018

Conduta mantida: Não

Observações: - VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD (VISAQ MEDICA LTDA.) NO VALOR DE R\$ 2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS.

Médico examinador: VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA

CRM do médico: 4669

UF do CRM do médico: PI

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Claudia Maria Vieira
 Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casada
 Profissão: Do lar C/RG nº: 2034746
 CPF/MF nº: 006698083-69 Residente de domicílio (a): Rua Santa Anapolis, 2060 Bairro: Princesa Rêa
 Cidade: Teresina Estado do: Piauí CEP: 64075-635
 Telefone: (86) 98848-6923

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: MÁRCIA VITAL DE LIMA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRA
 Profissão: PEDAGOGA
 Identidade: 2350007 - PI CPF: 590.071.253-20
 Endereço: RUA 24 DE JANEIRO, nº 554 Bairro: CENTRO
 Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ CEP: 64000-235



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo eu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar – me perante a **Seguradora Líder de Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório, fazer requerimento e recebimento hospitalar: HUT, HPM e UPA – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim, assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; do qual figura como vítima, Claudia Maria Vieira

Local: Teresina UF: PI Data 31 de 03 de 2018

Claudia Maria Vieira
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR: APODIADO DO CARTÓRIO DE NOTAS DE TERESINA
 PIAUI DE 01/01/2018
 AUTORIZADO POR: MÁRCIA VITAL DE LIMA FICHA Nº: 00000000000000000000
 DATA: 31/03/2018 HORA: 14:00 VALOR: R\$ 227,68
 ALMOBROS DE TERESINA - TERESINA - PIAUI



Teresina, 20/07/2018

Eu, Cláudia Maria Vieira portadora da RG nº 2034746, CPF nº 006698083-69, residente e domiciliado na Rua Santo Antônio, 2060, Bairro Beira Rio em Teresina - PI, venho através desta solicitar da Seguradora Bóder DPVAT uma reanálise no meu processo de invalidez. Gostaria que fosse feita uma perícia médica para constatar o grau de lesão que tenho e comprovar que o valor que recebi de indenização não está correspondente à sequela que fiquei.

Vou enviando nova documentação médica que relata toda minha lesão.

SABEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

Cláudia Maria Vieira

Teresina, 20/07/2018

Eu, Cláudia Maria Vieira portadora do RG nº 2034746, CPF nº 006692083-69, residente e domiciliado na Rua Santo Anápolis, 2060, Bairro Beira Rio em Teresina - PE, venho através desta solicitar do Seguradora Aides DPUAT uma reanálise no meu processo de invalidez. Gostaria que fosse feita uma perícia médica para constatar o grau de lesão que tenho e comprovar que o valor que me foi de indenização não está correspondente a sequelas que fiquei.

Vou enviando nova documentação médica que relata toda minha lesão.

Cláudia Maria Vieira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013156854270
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	00263530477	2017
NOME		
CLAUDIA MARIA VIEIRA		

CPF/CNPJ		
00669808169		
PLACA		
NTU-2586		

00669808169		NTU-2586	
00263530477		HONDA/POP100	
2010		2011	
02P/0097CC		PARTICU	
VIA RUA		VIA RUA	
1		1	
2		2	
3		3	
PAGO		PAGO	
SEM RESTRICOES		SEM RESTRICOES	

TERESINA	28/12/2017
----------	------------

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PI Nº 013156854270 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017		28/12/2017	
00669808169		NTU-2586	
00263530477		HONDA/POP100	
2010		09	
902HB0210BR402759		902HB0210BR402759	
PRÊMIO TÁXICO		PRÊMIO TÁXICO	
000,00		000,00	
CUSTO DO SEGURO (P)		CUSTO DO SEGURO (P)	
000,00		000,00	
CUSTO DO BILHETE		CUSTO DO BILHETE	
000,00		000,00	
PAGAMENTO		PAGAMENTO	
X COTA ÚNICA		X COTA ÚNICA	
FARCELADO		FARCELADO	
28/12/2017		28/12/2017	

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.508/0001-64

SABEMI SEGURADORA S/A
03 MAI 2018
RECEBIDO

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.034.746 DATA DE EMISSÃO 02/08/10

CLAUDIA MARIA VIEIRA

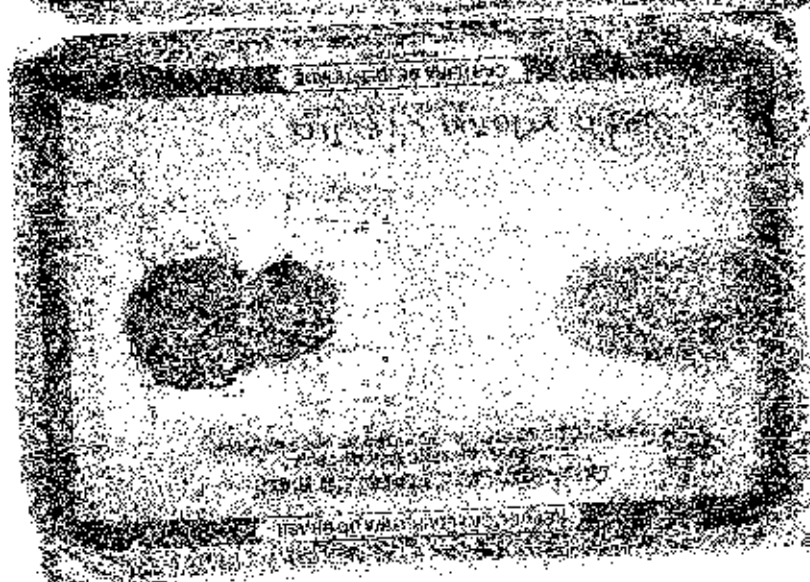
MARIA DAS GRACAS VIEIRA
MANOEL RAIMUNDO VIEIRA

TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 25/12/1978

CERT. NASC. 10704 E 11 F 116V
EXP. DEMERVAL LORÃO-PI 12/08/88

006-698-083-69

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 38.440/83



SABEMI SEGURADORA S/A

13 MAI 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E UNÃO DE PESSOAS



Márcia Vital de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.350.007 DATA DE EMISSÃO 29/01/11

NOME

MÁRCIA VITAL DE LIMA

Principais

NEUSA MARIA VITAL DE LIMA

MANOEL BEZERRA DE LIMA

SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO-MA 12/02/1972

CERT. CASAM. 20633 L 578 F 213

EXP. TERESINA-PI 04/06/08

S90.071.253-20

LEI Nº 7.116 DE 29/08/82 - DECRETO Nº 89.250/88

SABEMI SEGURADORA S/A

03 MAI 2018

RECEBIDO



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



RECEITUÁRIO

Paciente: _____

LAUDO MÉDICO

Declaro, para os devidos fins, que Cláudia Maria Vieira, vítima de acidente de trânsito em 03 de janeiro de 2018, foi atendida e operada no HAT por fratura no platô tibial esquerdo. Ao final do tratamento médico e cirúrgico a mesma apresenta quadro de crônica, edema e limitação funcional no membro inferior de 70%.

CFDIO: M25.5x582.1

Flávio Maciel de A. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 8102

Teresina (PI), 10/07/2018

Médico

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3218-1528 - Fax: (86) 3218-1520
CEP: 64.014-090 - Teresina - Piauí - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - CMC: 036.372-8

0530034-2

Para Gerenciar e
Fornecer Serviços
de Seguro

004572061

ABRIL/2018 26/04/2018 30 27,28

TERESINHA DE JESUS DOS SANTOS SOUSA SILVA
R. SANT'ANHA, 15 2006 2060 E URUANO
CEP: 06027383-115
CPF: 84.800.909 - TERESINA

ROI: 13.001.65.48.378488

9943	10/04/2018
9941	20/03/2018
1.000	14/05/2018
2	18/04/2018
30	19/04/2018

MINIMO

30

RESIDENCIAL NOME ADZ4642 1.1.1.1 51

CONSOLID 30 A R\$ 0,57076 = 17,28

MAI/18	89
FEV/18	57
JAN/18	42
DEZ/17	26
NOV/17	57
OUT/17	43
SET/17	41
AGO/17	106
JUL/17	11
JUN/17	90

TARIFA SEM 103.035
R\$ 28 0,57076

DIREITOS JA REAFIRMADOS

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
11/2017	44,19	Reserva de contingência para sinistro
07/2017	34,59	Reserva de contingência para sinistro
12/2016	37,82	Reserva de contingência para sinistro
10/2016	58	controle

PARA TROCA DE TENDAS COM REAJUSTE DE 2% (DOIS POR CENTE) DE 15/04/2018
PARA TROCA DE TENDAS COM REAJUSTE DE 2% (DOIS POR CENTE) DE 15/04/2018
PARA TROCA DE TENDAS COM REAJUSTE DE 2% (DOIS POR CENTE) DE 15/04/2018

SUBS. DEER 01664. ACAB. 826R. 7/10. 250AF. 3000

4,76
9,02
1,42
0,11

SABEMI SEGURADORA S/A
03 MAI 2018
RECEBIDO

Águas de
Trapiço
Sua água em equilíbrio

CNPJ 15.127.572/0001-00, 15.055.557-2
Av. Collier Araújo, 1075, Itaipava - CEP 64127-280, Teresina - PI
Telefones: (066) 323 2000 ou 155 / (86) 01124-8199
15065-0668

INSCRIÇÃO ESTADUAL 13.928.221-2 DATA 4/2018
MIS/ANO

CLIENTE: **MARCIA VETAL DE LIMA CABRAL**
ENDEREÇO: **RUA VINTE E QUATRO DE**
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018-650
Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** Número do Contrato: **148195924**
CPF: **000.000.000-00**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
VALOR DE RESERVA: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**
ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA
MIS/ANO: **2018** LDO: **1** BRUNDO: **10**

SABEMI SEGURADORA S/A
43 MAI 2018
RECEBIDO



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 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local de Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outro 9 - Ignorado	☒ Capacete ☐ Airbag ☒ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - A dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fraco 3 - Ausente	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fraco 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito				
Hospital de Destino	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Observações Interdisciplinares				
Assistência	37 Responsáveis Interdisciplinares				
	38 Responsáveis Interdisciplinares				



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000469/2018-44

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

Data/Hora: 31/01/2018 - 10:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA COELHO DE RESENDE, Nº:

Complemento

Bairro

CENTRO SUL

Ponto de Referência

CENTRAL DE FLAGRANTES

Data/Hora

02/01/2018 - 11:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolvido: VÍTIMA/Noticiante

Nome: CLAUDIA MARIA VIEIRA

RG: 2034746 PI

Mae: MARIA DAS GRAÇAS VIEIRA

Endereço: RUA SANTO ANAPOLIS, Nº 2090

Bairro: VILA D'ÁGUA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

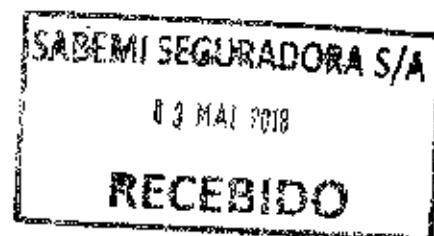
RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/PCP 100, PLACA NJU-2586-F1, COR VERMELHA, RENAVAM 00263530477, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO O AUTOMÓVEL DE PLACA OTF-3237-MA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO, FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 19/29) DECIARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Claudia Maria Vieira
CLAUDIA MARIA VIEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Thaís Maria Vieira CPF da Vítima: 006.692.085-69 Data do Acidente: 08/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

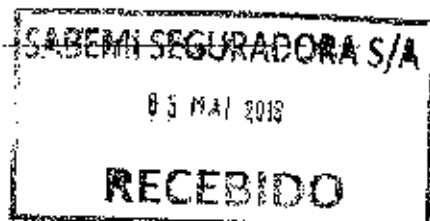
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Thaís Maria Vieira - PE DE de Abril de 2018
Local e Data

Thaís Maria Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Sinistro: **3180200442**
Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDIA MARIA VIEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SANTANÓPOLIS nº 2060 - CENTRO - TERESINA/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2034746 - SSP**
Data e local do acidente: **08/01/2018 TERESINA/PI**
Data e local do exame: **08/10/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM EXTENSÃO A SUPERFÍCIE ARTICULAR ESTENDENDO-SE ATÉ A TRANSIÇÃO METADIAFISÁRIA DA TÍBIA PROXIMAL, FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA ESQUERDA.

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

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 2 DIAS, SENDO SUBSTITUÍDO POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ SESSENTA SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO.

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

APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO EM NA PERNA ESQUERDA, COM REDUÇÃO I NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO, COM DOR AOS ESFORÇOS, COM DÉFICIT DA DEAMBULAÇÃO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA CRM:4669/PI


Victor Emanuel de S. Ferreira
MÉDICO
CRM-PI: 4669

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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	Nome completo da vítima
	066.698.083-69	Claudia Maria Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Claudia Maria Vieira		066.698.083-89		Do lar	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Santa Anabela		2060			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Olinda Rio	Tauá	PI	64035-630	(86) 99830-1240	
Email		Telefone (DDD)			
mariaclaudia@netmail.com					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir em 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (343) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (100)		BANCO Nome: _____ NID: _____ Agência: _____ D/V: _____ Conta: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir) (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.

Tauá - PI 06 de Abril de 2018

Lugar e Data

Claudia Maria Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Carta nº: 13495823

A/C: CLAUDIA MARIA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180200442
Vítima: CLAUDIA MARIA VIEIRA
Data do Acidente: 08/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000048920-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Sinistro: **3180200442**

Vítima: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCIA VITAL DE LIMA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180200442** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2018

Carta nº: 12829777

A/C: CLAUDIA MARIA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180200442
Vítima: CLAUDIA MARIA VIEIRA
Data do Acidente: 08/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000048920-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: CLAUDIA MARIA VIEIRA
Nº Sinistro: 3180200442
Vitima: CLAUDIA MARIA VIEIRA
Data do Acidente: 08/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180200442**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180200442**

Vitima: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCIA VITAL DE LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180200442**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12758993



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: 15/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIA MARIA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000048920-0

Nr. da Autenticação 62A163B10C1D2032