

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
2603450120200114105035

### Processo 0826720-61.2019.8.23.0010 - (139 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b>					
<b>Realçar Movimentos</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
39 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 39					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 39	14/01/2020 10:50:35	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/12/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		39.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público		
		39.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA) em 16/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 33) JUNTADA DE LAUDO (05/12/2019) e ao evento de expedição seq. 36.	SISTEMA CNJ		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 09/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 33) JUNTADA DE LAUDO (05/12/2019) e ao evento de expedição seq. 35.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/12/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO <b>Analista Judiciária</b>		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/12/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 34	05/12/2019 16:22:11	<b>DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS</b>	EDUARDO MESSAGGI DIAS <b>Magistrado</b>		
<input type="checkbox"/> 33	05/12/2019 10:58:46	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	Stefferson Almeida de Lima <b>Estagiário</b>		
		<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO</b> Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS	EGILALINE SILVA DE CARVALHO <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 31	02/12/2019 23:52:44	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento RETORNO DE MANDADO (14/11/2019)	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS <b>Advogado</b>		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA) em 25/11/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 27) RETORNO DE MANDADO (14/11/2019) e ao evento de expedição seq. 29.	SISTEMA CNJ		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento RETORNO DE MANDADO (14/11/2019)	STHEPHANY SIMPLICIO DA SILVA <b>Estagiária</b>		
		<b>JUNTADA DE COMPROVANTE</b> Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 17) em 16/10/2019 - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (16/10/2019). Parte: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA	STHEPHANY SIMPLICIO DA SILVA <b>Estagiária</b>		
<input type="checkbox"/> 27	14/11/2019 13:46:41	<b>RETORNO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 17) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (16/10/2019 17:42:15). Parte: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA	MAURO ALISSON DA SILVA <b>Oficial de Justiça</b>		
<input type="checkbox"/> 26	06/11/2019 10:40:54	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> <b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08267206120198230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização, averiguou-se que o mesmo não possuía sequelas decorrentes do acidente alegado, conforme comprovado abaixo:

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138610 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA Data do acidente: 10/11/2018 Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES  
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

Desta forma, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora desde o ano de 2018, época do acidente, serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

Ademais, conforme demonstram os próprios documentos médicos apresentados nos autos pela parte autora, ficou evidenciado somente a existência de dor no ombro direito, sem a presença de fratura:

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1º Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	
1801033224	10/11/2018 07:38:48	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA		27/08/1975	43 A 2 M 14 D	708706129423199	38237776291
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Prontuário
IDENTIDADE	117629	SSP RR	13/06/1994	F	SOLTEIRO/APARDA
Mãe					Naturalidade
FRANCISCA VILANI DE OLIVEIRA SOUSA				VITORINO FREIRE - MA	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço				PAI	Contato
RUA - UNIVERSO - 1312 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR				JOAO TELES DE SOUZA	(95) 99136-2596
Ocupação	NÃO INFORMADA				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Solar	URGÊNCIA				Pressão
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada		Procedimento Sol,		
Queixa Principal	DEMANDA ESPONTÂNEA				
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Acidentado de moto <b>ÁREA DE SINISTROS - DPMAT</b> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>					
Exame Físico	Dor em ambiente 15 FEV 2019				
Hipótese Diagnóstica	GENTE SEGURADORA S/A Av. César Alves Barreto, 164 - Boa Vista - RR				
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS				
PREScrição	1) Dipixene 1g/dia 2) Tilitex 100mg/dia				
Conduta	Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta:				
Óbito					
Antes da 1ª Atendimento?	Sim	Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico 				
Impresso por: ozires.prado Data/Hora: 10/11/2018 07:38:27					

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos

médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da suposta lesão capaz de gerar pagamento de indenização, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 7 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Dantas, 454 - Boa Vista - RR



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190138610      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA      **Data do acidente:** 10/11/2018      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA



Laudo nº 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

### LAUDO DE EXAME PERICIAL

Aos vinte e sete (27) dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezoito (2.018), nesta cidade de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, no **Instituto de Criminalística**, de conformidade com a legislação e os dispositivos regulamentares vigentes, pelo Diretor perito criminal da Policia Civil **Sttefani Pinheiro Ribeiro**, foi designado o Perito Criminal da Policia Civil **Jaci Caetano da Silva** para proceder a **Exame Pericial de Vistoria Danos Veicula**, a fim de ser atendida solicitação do Del. Dr. **Emerson Luiz Freire** do 5ºDistrito Policial, desta cidade, feita através da Requisição de Exame Pericial nº 6691/18/5ºDP, referente ao BO nº. 43.169/18/5ºDP, descrevendo fielmente e com todas as circunstâncias o que encontrarem e bem assim esclarecerem tudo quanto interessar possa.

#### 1-HISTÓRICO:

Às 17h20min do dia supracitado, em cumprimento a requisição retro citada, a equipe Pericial compareceu na Rua Universo, numero 1312, no bairro Raiar do Sol na cidade de Boa Vista-RR, onde efetuou os serviços solicitados, em imóvel abaixo descrito.

#### 2-DO LOCAL:

Trata-se de um imóvel residencial de alvenaria, murada, com telhas de fibrocimento, forro PVC.

O presente exame tem por finalidade informar e analisar as características do veículo e os danos que serão a seguir discriminados com o intuito de descrever todos os danos, características e condições do veiculo em apreço.

#### 3-DO VEÍCULO:

O veículo foi examinado macroscopicamente e apresentava as seguintes características, coletadas a partir de exame de inspeção veicular:

**Veículo Marca/modelo:** MOTONETA/HONDA/BIZ 125;

**Placa:** NAQ 0987 de (Boa vista-RR);

**Cor predominante:** BRANCA;

**ANO:** 2016/2016;

**CHASSI:** 9C2JC4830GR115101

**MOTOR:** JC48E3G115124

#### 4. DOS EXAMES:

Ao examinarem o veículo em apreço, a equipe pericial constatou os seguintes características e/ou danos:





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA



Laudo nº 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

LAUDO DE EXAME PERICIAL

**Pneus:** em ótimo estado de conservação.

**Estofamento:** em ótimo estado de conservação.

**Sistema elétrico:** em ótimo estado de conservação;

**Avarias:** Ausência do espelho do retrovisor lado direito,

**Ranhuras:** Carenagem da lateral esquerda;

**Empenamento:** Estríbo lateral direito.

Não havia outros danos no veículo.

**5-CONCLUSÃO:**

Assim, em face do analisado e exposto, o Perito conclui que de acordo com os exames realizados, o veículo periciado, encontrava-se nas condições acima descritas, em conformidade com o corpo deste laudo e registrado nas fotografias.

Nada mais havendo a tratar, encerram o presente Laudo composto de quatro (04) folhas que, relatado pelo Perito, segue devidamente assinado.

Jaci Caetano da Silva  
Perito Criminal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEVEREIRO DE 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Branco, 414 - Boa Vista - RR



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA**



Laudo n° 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

**LAUDO DE EXAME PERICIAL**

**Fotos Digitais**



AREA DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIF

15 FEB 2015

Foto 01 mostra visao geral do veiculo



GENTE SEGURADORA  
Elo Júnior Bazarro, 414 - Bo

Foto 02 mostra outra visao do veiculo e placa de identificação



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA



ÁREA DE SINISTROS - DPE/IC/PC  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEB 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Laudo n° 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

LAUDO DE EXAME PERICIAL

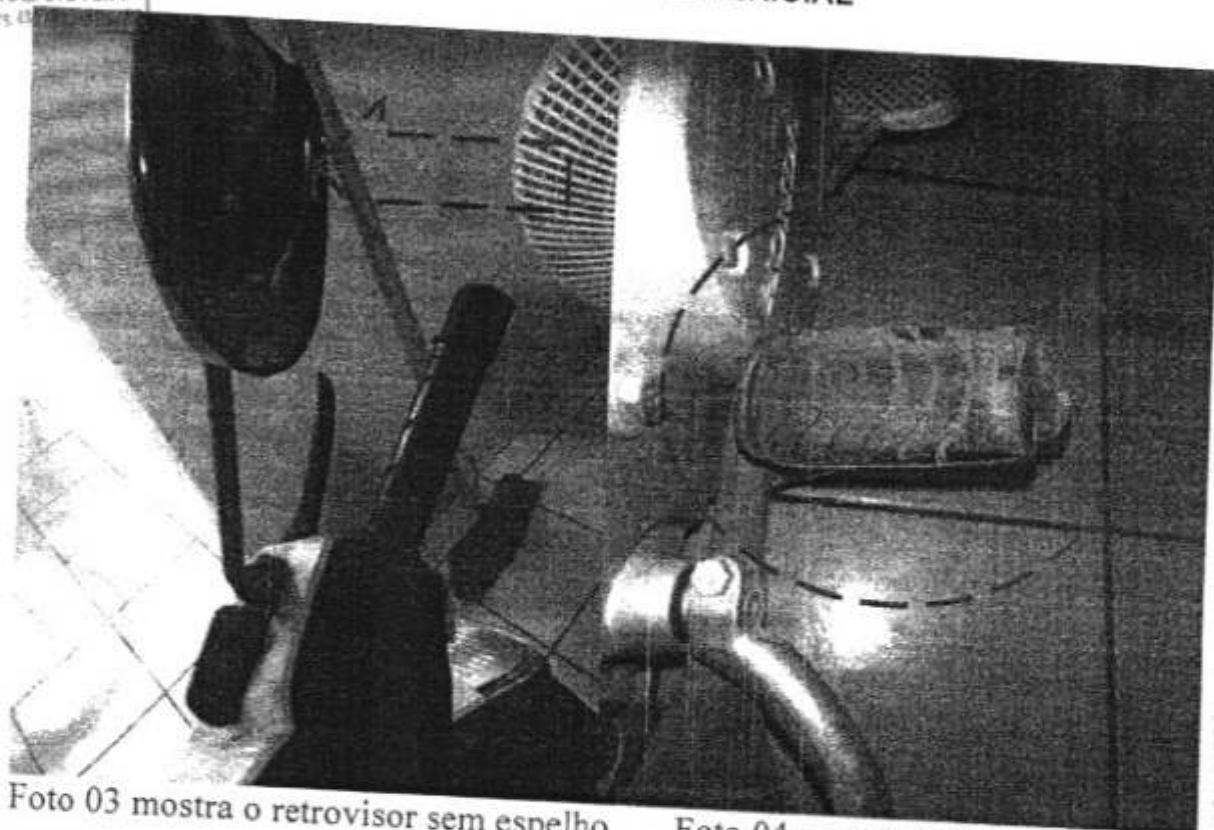


Foto 03 mostra o retrovisor sem espelho

Foto 04 mostra estribo empenado

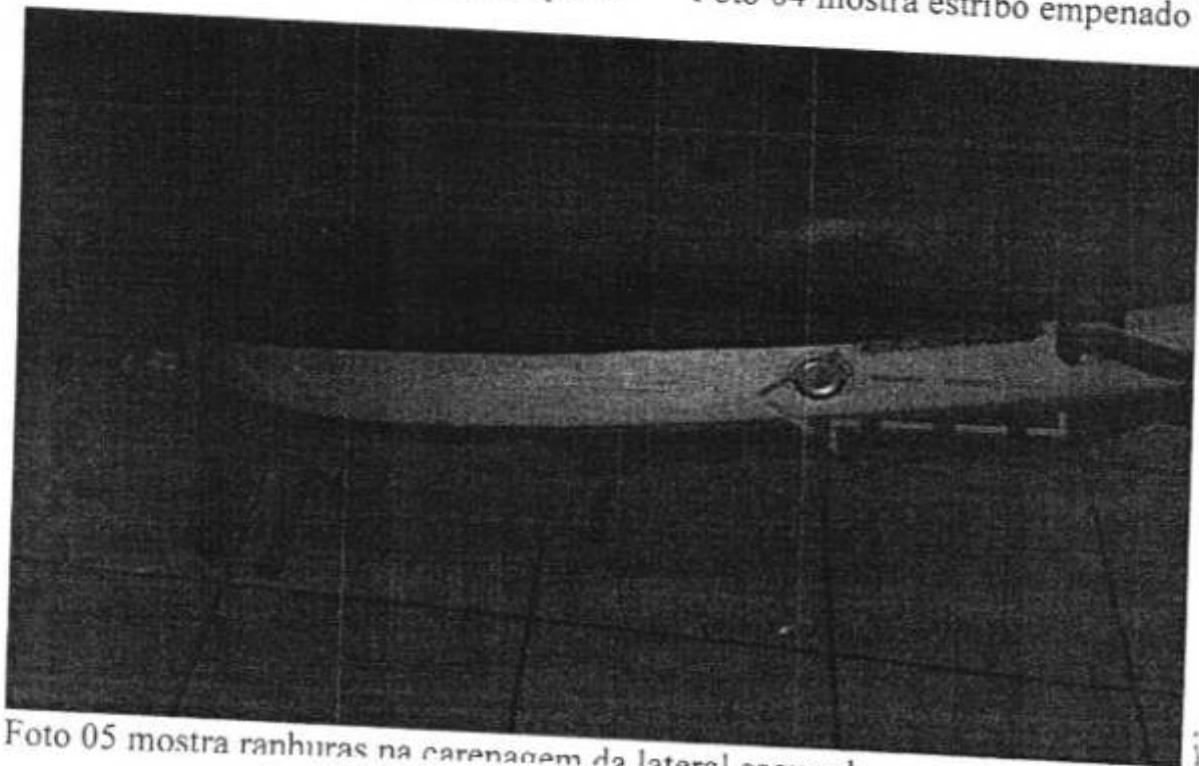


Foto 05 mostra ranhuras na carenagem da lateral esquerda

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190138610      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA      **Data do acidente:** 10/11/2018      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEVEREIRO 2019

**OUTORGANTE** Nome: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Nacionalidade: BRASILEIRA      Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão:

Identidade: 117629 SSP/RR CPF: 382.377.762-91

Endereço: Rua: UNIVERSO Nº 1312

Bairro: RAIAR DO SOL Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.316-049

GENTE SEGURADORA SIA  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

### OUTORGADO:

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA      Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734      CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a SUSEP, 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 Obrigatório-DPVAT para a vítima, JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA.

Boa Vista RR 24/04/2019

Local e data

x Joelma de Oliveira Souza

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057814/19

**Vítima:** JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

**CPF:** 382.377.762-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/11/2018

**Titular do CPF:** JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

### JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA : 382.377.762-91

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](http://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: 15/02/2019  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
ROSANGELA NUNES MASULLO

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057814/19

Número do Sinistro: 3190138610

Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

CPF: 382.377.762-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2018

Titular do CPF: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

---

ROSANGELA NUNES MASULLO

---

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190138610**

**Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA**

**Data do Acidente: 10/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA**

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.**

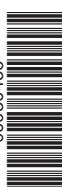
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138610**

**Vítima:** JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

**Data do Acidente:** 10/11/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ROSANGELA NUNES MASULLO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043169/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 15:33 Data/Hora Fim: 27/11/2018 15:50  
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 10/11/2018 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Rua Antonio Silvino de Alexandre com Av. Estrela Dalva

15 FEV 2019

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo do Local: Outro

Natureza

1224: Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública: (Art. 304 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

ÁREA DE BIMESTRES - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capital Júlio Borges, 111 - Boa Vista - RR
Melhor(s) Empregado(s)

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA (VITIMA )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Feminino Nasc: 27/08/1975  
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca Vilani de Oliveira Souza

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA UNIVERSO N°: 1312  
Bairro: RAIAR DO SOL  
Telefone: (95) 99115-3556 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Renavam: 1093003780

Placa: NAQ-0987

Número do Chassi: 9C2JC4830GR115101

Cor: BRANCA

Marca/Modelo: HONDA BIZ 125

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Joelma de Oliveira Souza

Depositário

RELATO/HISTÓRICO

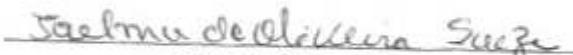
## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043169/2018

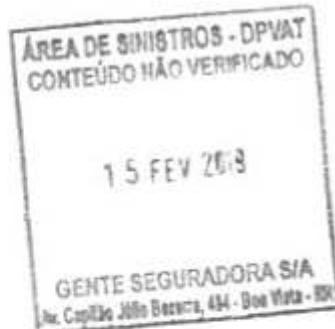
QUE na data em tela a vítima trafegava em sua motocicleta na rua Silvino entrando na av. Estrela Dalva quando sofreu uma colisão na sua lateral-esquerda ocasionada por um veículo não identificado e que evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE a vítima teve ferimentos e fraturas, além de danos na motocicleta; QUE ficou cerca de uma hora esperando socorro das autoridades, porém, como não chegou, um particular a levou ao Pronto Socorro Francisco Elesbão onde recebeu atendimento médico; QUE registra este para solicitar o seguro DPVAT. É o relato.

### ASSINATURAS

  
Adelson Araújo Viana Junior  
Responsável pelo Atendimento

  
Joelma de Oliveira Souza  
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) Único(a) responsável pelas informações acima assinadas e declare que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 229-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 043169/2018

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 15:33 Data/Hora Fim: 27/11/2018 15:50  
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Aleito: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/11/2018 06:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua Antônio Silvino de Alexandre com Av. Estrela D'ávila

15-FEV-2018

Barro: Rasa do Sol

Tipo do Local: Outro

**Natureza**

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**GENTE SEGUROADORA S/A**

**(a) Cada (b) Delegado(s) Empregado(s)**

1224 Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública. (Art. 304 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vitório Freire

Sexo Feminino

Nasc: 27/06/1975

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca Viana de Oliveira Souza

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA UNIVERSO

Nº 1312

Barro: RAJAR DO SOL

Telefone: (95) 99115-3556 (Celular)

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

26 MAR 2019

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**GENTE SEGUROADORA S/A**

**Grupo: Veículo**

**Subgrupo: Motocicleta/Motoneta**

**Renavam: 1093003780**

**Placa: NAQ-0987**

**Número do Chassi: 9C2JC4830GR115101**

**Cor: BRANCA**

**Marca/Modelo: HONDA BIZ 125**

**Veículo Adulterado? Não**

**Quantidade: 1 Unidade**

**Situação: Envolvido**

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

Joelma de Oliveira Souza

**Depósito**

**RELATO/HISTÓRICO**



Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire  
Impresso por: Adelson Araújo Viana Júnior  
Data de Impressão: 27/11/2018 15:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

IPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

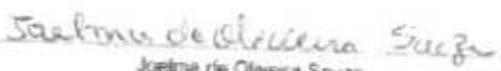
## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043169/2018

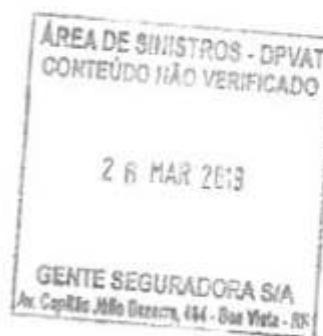
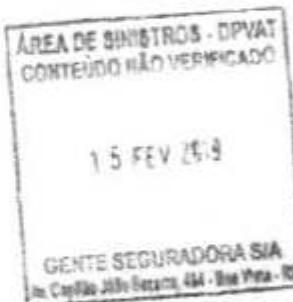
QUE na data em tela a vítima trafegava em sua motocicleta na rua Silvino entrando na av. Estrela Dalva quando sofreu uma colisão na sua lateral esquerda ocasionada por um veículo não identificado e que evadiu-se do local sem prestar socorro. QUE a vítima teve ferimentos e fraturas, além de danos na motocicleta. QUE ficou cerca de uma hora esperando socorro das autoridades, porém, como não chegou, um particular a levou ao Pronto Socorro Francisco Elesbão onde recebeu atendimento médico. QUE registra esta para solicitar o seguro DPVAT. É o relato.

### ASSINATURAS

  
Adelson Araújo Viana Junior  
Policial Civil - Delegado  
APAT, 42000909

  
Joeline de Oliveira Souza  
Vitima

"Declaro para os efeitos da lei de número 1.046/64 (Estatuto da Criança e do Adolescente), informar que assinante é menor que dezoito (18) anos de idade, conforme consta no artigo 239-Correspondência Telefônica e 160-Comunicação Física de Ofício ou de Correspondência no Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

382.377.762-93 JOELMA de Oliveira SOUZA

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

Nome completo:

Profissão: Autônoma	Endereço: KVA. UNIVERSO	CPF: 382.377.762-93
Bairro: RAIA do SOL	Cidade: Boa Vista	Número: 1312
E-mail: RECUSOU		Complemento: CEP: 69.336-049
		Tel.(DDD): 65193115-3656

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

RENDIMENTO:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSOU INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3305  CONTA: 00003764 8  
(Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ÁREA DE SIISSISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

AGÊNCIA:  CONTA: 15 PEV 2019  
(Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

SEGURO-DPVAT  
Julio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

## 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 Lider 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou  
nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou  
pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data, BOA VISTA, RR 12/02/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

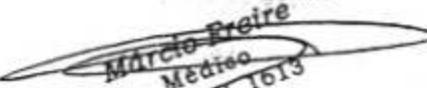
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(\* Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Procurador (se houver)

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

<b>HG</b> GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR7-RSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 1801033224 10/11/2018 07:38:48		1 <sup>a</sup> Classificação Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Vermelho
		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Laranja
		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Verde
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA							
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	DIURNO 07-19 1		
<b>JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA</b>	27/08/1975	43 A 2 M 14 D	708706129423199	38237776291			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Prontuário
IDENTIDADE	117629	SSP RR	13/06/1994	F	SOLTEIRO(A)	PARD	
Mãe					VITORINO FREIRE - MA	BRASILEIRA	
FRANCISCA VILANI DE OLIVEIRA SOUSA					JOAO TELES DE SOUZA		
Endereço							Ocupação
RUA - UNIVERSO - 1312 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR							NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor	URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			Registrado por:	
Queixa Principal						<b>OZIRES.PRADO</b>	
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anúlida de moto							
15 FEB 2019							
Exame Físico	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						
Hipótese Diagnóstica	GENTE SEGURADORA S/A Dr. Capitão Júlio Bezerra, MM - Boa Vista - RR						
SADT - Exames Complementares	RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input checked="" type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO							
1) Diplopia 10/10 2) Tiltatip 10/10				08/20 Fabrício B. de Oliveira Técnica de Enfermagem CENEX-RR 7.231-TEC		APRAZAMENTO HOSPITAL REGIONAL BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N Av. Presidente Dutra, Centro, Boa Vista - RR 69040-000 Novo Prédio, 2º Andar, sala 202	
OBSERVAÇÃO							
08/2018 Certeza: 100% - Presente Cópia: 1 - Original OJE foi apresentado neste hospital							
Conduta	Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: / / / : /						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	IML Anatomia Patológica <input type="checkbox"/>		
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: ozires.prado Data Hora: 10/11/2018 07:39:27							





CEP: 63.030-000/0115  
BLOCO 02 ESTAÚAL, 0337-000-0  
RUA MARQUES DE SANTOS, 219 - SALA 10000 - CEP: 30360-000

CAE  
0800 280 9520  
[www.caesistrela.com.br](http://www.caesistrela.com.br)

Matrícula: 1041355

Janeiro/2019

Dados do Cliente:

Rosaria Serrão Nunes

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.012.102.0281.004	7	3436	1
Hidrômetro:	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y11B087107	22/01/2015	LIGADO	FACTIVEL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	105	105	0
LEITURA INF.			33

DT. LEITURA 15/12/2018 17/01/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201812	1-0
201811	1-0
201810	1-0
201809	0-08
201808	1-0
201807	10-0
MÉDIA	2

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Anotações Realizadas na Rota de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5449 / 2005-G.M					
INDUSTRIAL	CLORO	TURBOEXZ	CDR	C.TOTAL	E.0001
ENTIGONE	100	100	100	100	100
ANILISADAS	170	170	170	170	170
CONFECION	100	100	100	100	100

CONSUMO TOTAL(R\$)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2018 0,48  
JUROS DE MORA 08/2018 09/2018 10/2018 1,60

VENCIMENTO: 15/02/2019 TOTAL A PAGAR 25,91

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

15 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Dantas, 434 - São Vito - PR



MATRÍCULA REFERÊNCIA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
1041355 01/2019 15/02/2019 25,91

82610000000-7 25910004001-5 00104135501-5 01201960003-5



Via do Cliente

Via do CEF

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.803.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joelma de Oliveira Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.377.762 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Joelma de Oliveira Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.377.762 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Recuso informar

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Av. Manoel Felipe</u>	<u>1467</u>	
Bairro <u>SAU BRANCA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69308-170</u>
Email <u>CHUCAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(65) 98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>(65) 99158-4307</u>

BOA VISTA RR. 52 de FEVEREIRO de 2039  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Dantas, 434 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1<sup>a</sup> Classificação Reclassificação  
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.: Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

1801033224

10/11/2018 07:38:48

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 1

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário				
JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA	27/08/1975	43 A 2 M 14 D	708706129423199	38237776291					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDADE	117629	SSP RR	13/06/1994	F	SOLTEIRO(A)	PARD	VITORINO FREIRE - MA	BRASILEIRA	
Mãe					Pai		Contato		
FRANCISCA VILANI DE OLIVEIRA SOUSA					JOAO TELES DE SOUZA		(95) 99136-2596	Ocupação	
Endereço	RUA - UNIVERSO - 1312 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR								NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal				
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
Setor	URGÊNCIA								
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			Registrado por:			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								OZIRES, PRADO

## Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Acidenta de moto

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

## Exame Físico

Dor no abdômen

15 FEV 2019

## Hipótese Diagnóstica

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Alves Bezerra, 684 - Boa Vista - RO

## SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

1) Díspneia 100%  
2) Tiltar 100%  
Febre 38,5°C  
Técnica de Enfermagem  
Cobertura 7/231-TLC

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DA RORAIMA  
Av. Edmundo Góes, 500  
Novo Horizonte - CEP 69010-000  
NOTA DE ARRENDAMENTO

05/02/2019

Certifico que o paciente é presente  
cópia e sua representação original  
que foi apresentado neste hospital

## Conduta

 Alta por Decisão Médica Ambulatório Alta a Pedido Observação (Até 24h) Alta a Revelia Internação Transferência para:

Data e Hora da Saída/Alta:

Hospital

## óbito

Antes do 1<sup>o</sup> Atendimento?  Sim  NãoDestino:  Família IML Anatomia Patológica

## Assinatura do Paciente ou Responsável

## Carimbo e Assinatura do Médico



Impresso por: ozires,prado  
Data Hora: 10/11/2018 07:39:27

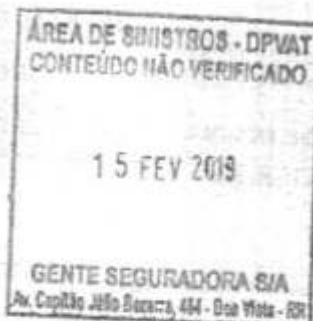
Software - Sistema de Atendimento  
Versão: 4.0.0.0 - Data: 2018-02-01  
CNPJ: 23.327.121/0001-00

2) Cetw pukin - Dr. Rogério

Tiveram certos artigos emitidos. Sua identificação  
motivacional de Tx / xl: Ao elençar: Ser à meu  
mente os pormenores associados à cunho  
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CD: Tipica

Sainte-Mathie



Atentos míos + Olentzán

Dr. Fernando Rezende  
São Paulo - SP - Brasil

# Poente interna à mata de gurus com tipologia

Além disso, o nome operante nulo FL da digressão de Cazuza  
esta com menor incidência de concordância.

CD: I verhüligós im '8"

Do M.C.M. Ambulans.



**Dr. Fernando Rezende**  
Médico Psiquiatra e Clínico Terapeuta

15 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Canídeo Alves Bezerra, 614 - Boa Vista - P.



**ESTADO DE RORAIMA**  
**AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DO BRASIL**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DA SAÚDE**

HOME Felicia C. Eanya REC'D URGENT

Panties 77.0

acuerado a la

fratello parente

16

Sujeto 45 días  
de lactancia

3.11.18

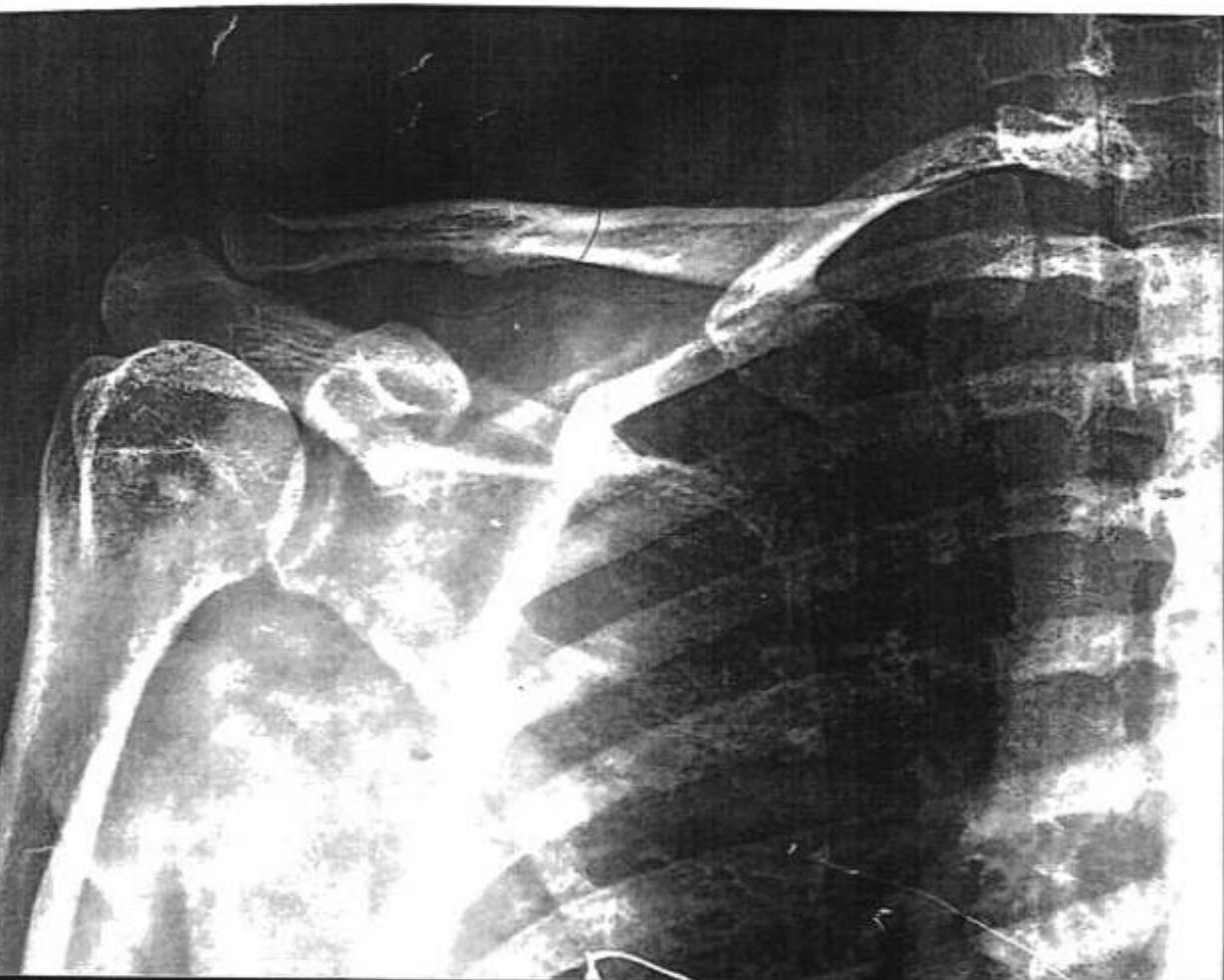
*L  
C*  
Dr. Rogério L. P. Dias  
CRM-MG 1000  
CRM-Teumatologista  
Centro de Reabilitação e Fisioterapia  
OPE-114

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Jérôimo Bezerra, 414 - Dois Vizinhos - PR

D



JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

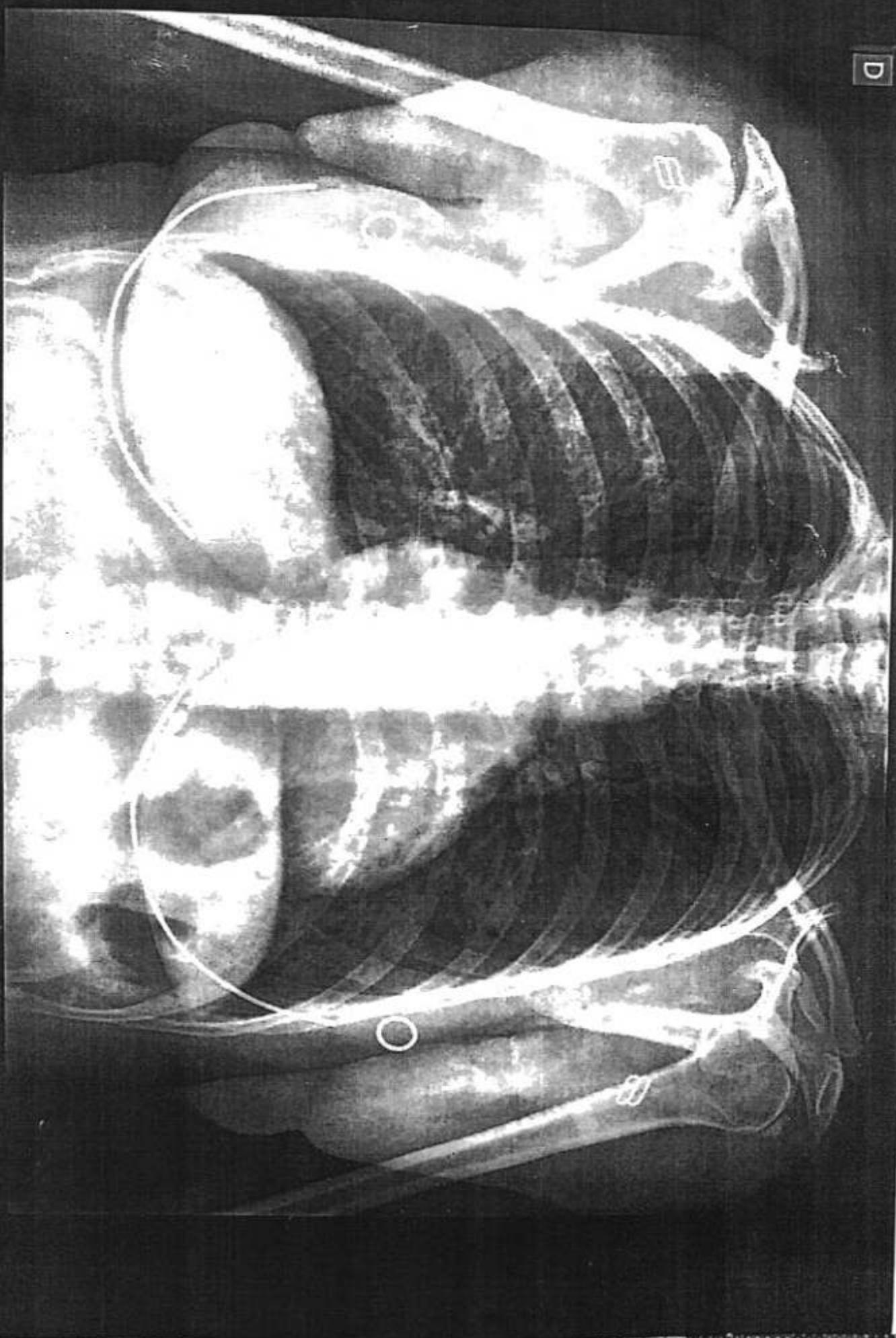
10/11/2018 08:35:57

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS VASCONCELOS

100,6 %

D



, JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.

AREA VERM. GT

10/11/2018 08:12:14

53.2 %

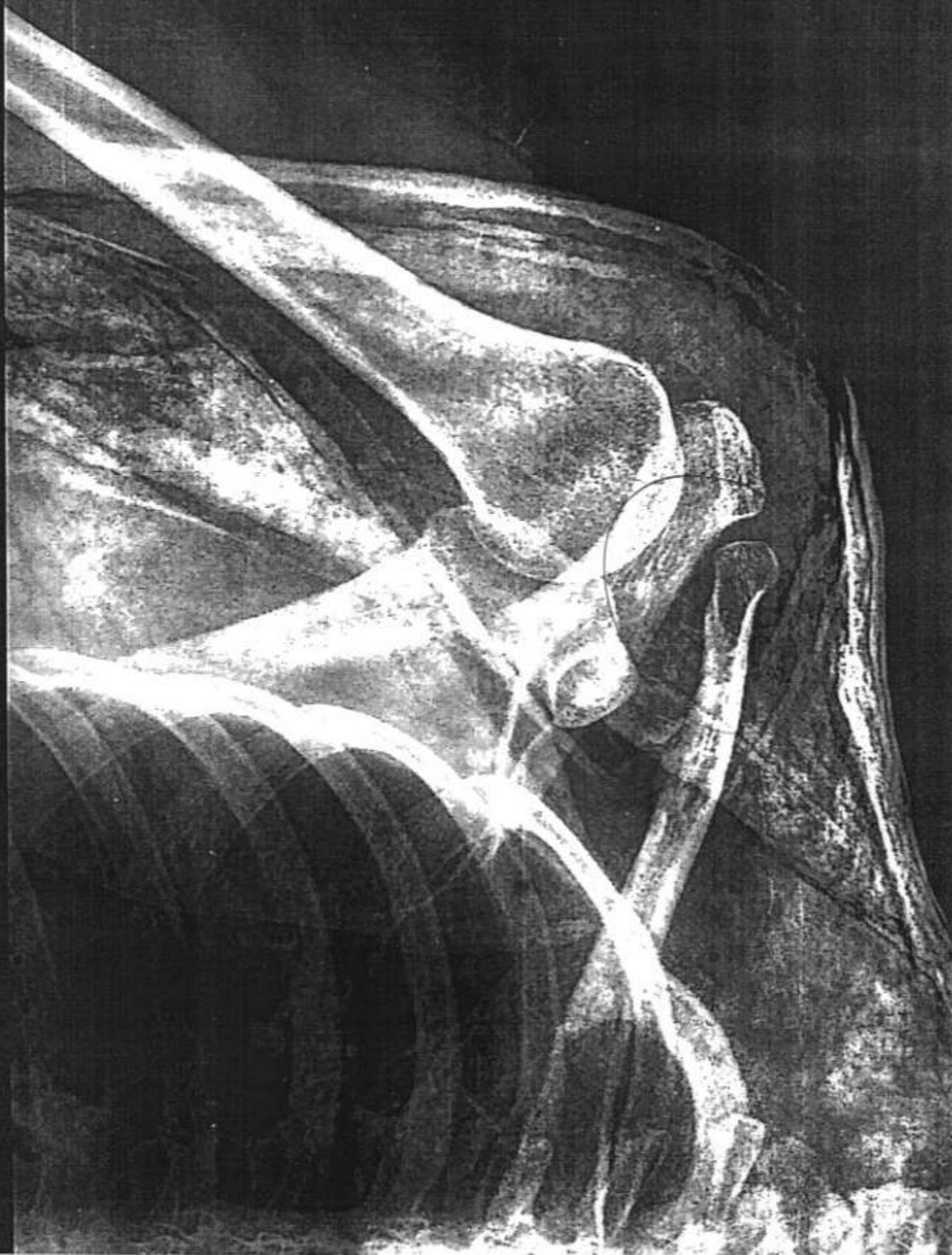
D

JOELMA DE OLIVEIRA  
HOSPITAL CORONEL MOTA

14752

Francineide

104,0 %



D

JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

HOSPITAL CORONEL MOTA

13598

22/11/2018

Cloudaldo

89,1 %

