

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:  
2631812220200211150801

Processo 0830907-15.2019.8.23.0010 ☆ - (136 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais   Informações Adicionais   Partes   Movimentações   Apensamentos (0)   Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

35 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 35

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 35	11/02/2020 15:08:01	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (04/02/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
35.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2654150IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público
35.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2654150IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público
34	04/02/2020 16:28:50	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (04/02/2020) e ao evento de expedição seq. 32.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
33	04/02/2020 10:26:40	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de RICHARDSON CASTRO BAMBERG com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (04/02/2020)	Eduarda Araujo de Oliveira <b>Estagiário</b>
32	04/02/2020 10:26:40	<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 (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (04/02/2020)	Eduarda Araujo de Oliveira <b>Estagiário</b>
<div>[+]</div> 31	04/02/2020 10:26:09	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	Eduarda Araujo de Oliveira <b>Estagiário</b>
30	27/01/2020 10:41:12	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 06/05/2020 (100 dias)	Lucas Souza de Carvalho <b>Analista Judiciário</b>
<div>[+]</div> 29	08/01/2020 12:26:23	<b>JUNTADA DE OUTROS</b>	Eduarda Araujo de Oliveira <b>Estagiário</b>
28	19/12/2019 00:03:47	<b>DECORRIDO PRAZO DE RICHARDSON CASTRO BAMBERG</b> (P/ advgs. de RICHARDSON CASTRO BAMBERG *Referente ao evento (seq. 20) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(11/12/2019) e ao evento de expedição seq. 22.	SISTEMA CNJ
27	19/12/2019 00:03:47	<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 20) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(11/12/2019) e ao evento de expedição seq. 22.	SISTEMA CNJ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

**Processo:** 08309071520198230010

**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 **RICHARDSON CASTRO BAMBERG**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme observado nos documentos médicos apresentados nos autos, os mesmos são inconclusivos, incapazes de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a invalidez permanente aduzida pelo autor.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.


Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

## DO LAUDO PERICIAL

### DA AUSÊNCIA DE INVALIDEZ E DE AGRAVAMENTO DAS LESÕES

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no membro inferior esquerdo, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora <b>LÍDER</b> <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3190266686	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG	Data do acidente: 17/04/2018	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
Data da análise: 30/05/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (SCHATZKER I). 2				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. 2				
Sequelas permanentes:				
Sequelas: Sem sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas:				
Documentos complementares:				
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
<b>DANOS</b>				
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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no membro inferior esquerdo em grau leve (25%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no membro inferior esquerdo, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o membro inferior esquerdo não possuía sequelas permanentes.

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 invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 7 de fevereiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

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

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 Samara Sousa Meneses inscrito (a) no CPF 009.163.382 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Richardson Costa Bomberg inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.368.942 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Richardson Costa Bomberg, inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.368.942 / 53, 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 (Falsidade Ideológica - BR).

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Expedito Francisco da Silva</u>		<u>378</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Dr. Silvio Leite</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.314-302</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>samara.menezes@hotmail.com</u>			<u>(95) 99167-2303</u>

Boa Vista, RR, 22 de Março de 2019  
Local e Data

Samara Sousa Meneses  
Assinatura do Declarante

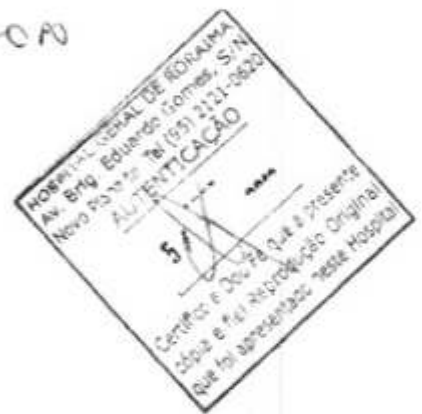


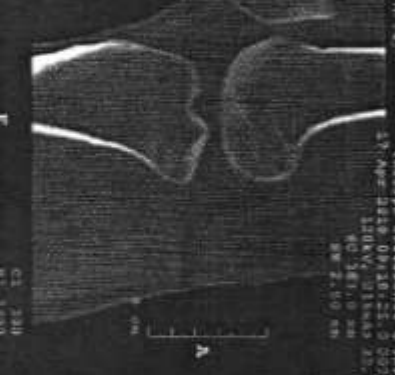
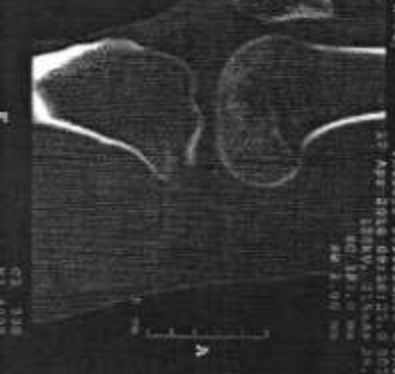
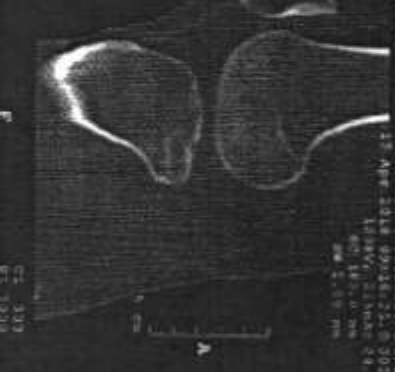
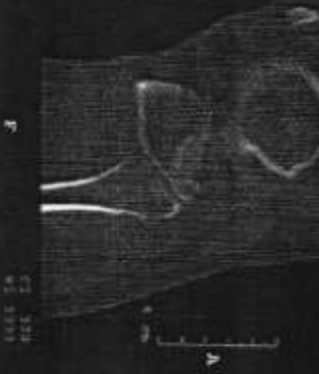
# ORTOPEDIA

Paciente vítima ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)  
EQUIVOCADA com trauma contuso em JOELHO  
NA RADIOLÓGICA + TENDONATIS FOI EVIDENCIADA  
Fratura de PRATO proximal (SCHATZKER I)  
CARACTER: IMOBILIZAÇÃO + CURETAGEM ANTO  
A RETORNO.

orientação Dr. DALSON

~~Dr. Marcelo Marques~~  
~~Médico Residente~~  
~~Ortopedia e Traumatologia~~  
~~CRM 9916/RR~~







E

CHARDSON CASTRO

SPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. DARLAN ED. ROSANGELA

17/4/2016 08:04:25

718%

17/4/2016 08:04:25

E



17/4/2016 08:04:25

54.1 %



17/4/2016 08:04:25

RICHARDSON CASTRO

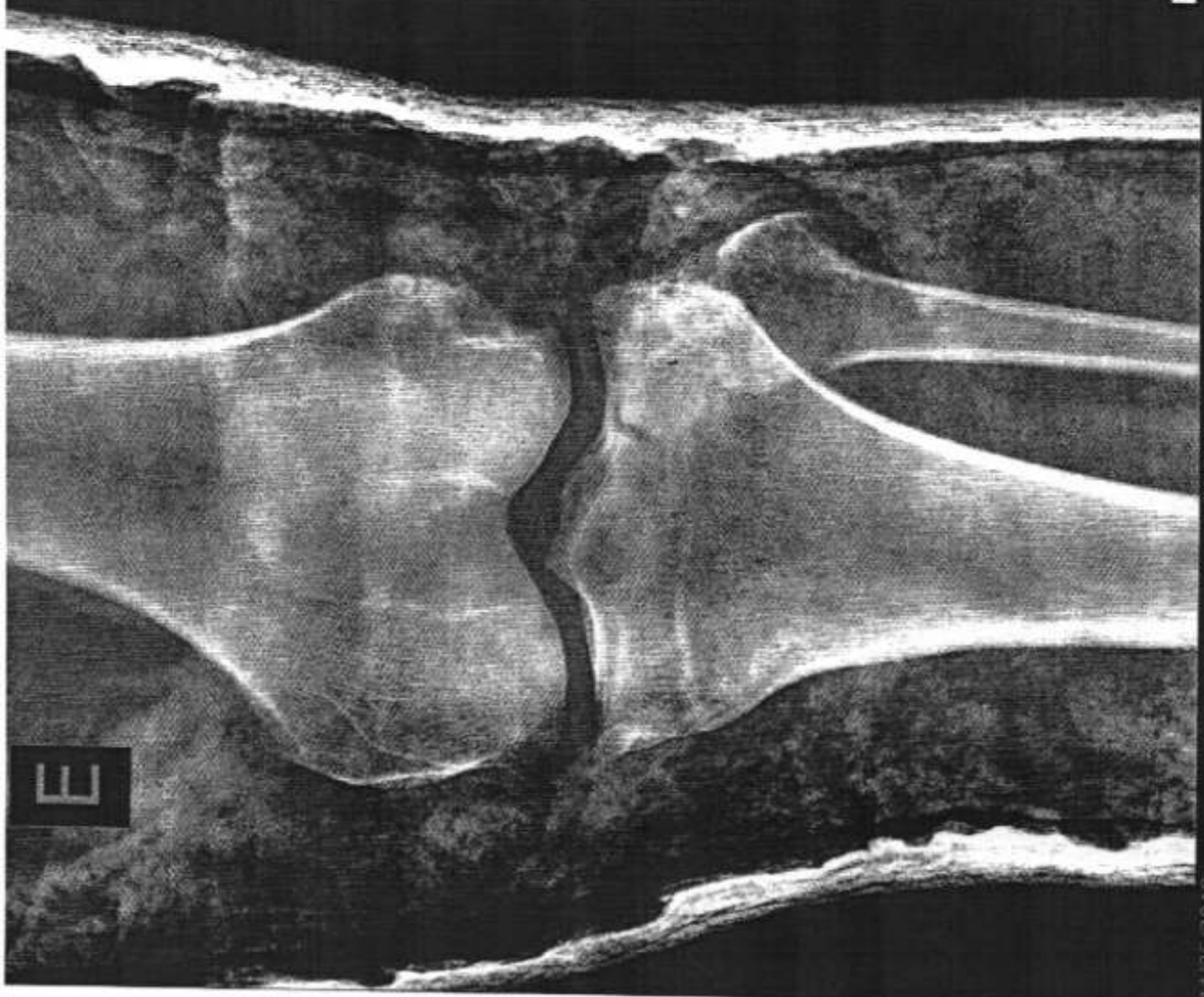
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. DARLAN ED. ROSANGELA

RICHARDSON CASTRO

12672





11/05/2018

78.7 %

RICHARDSON CASTRO BAMBERG 5341

HOSPITAL CORONEL MOTA

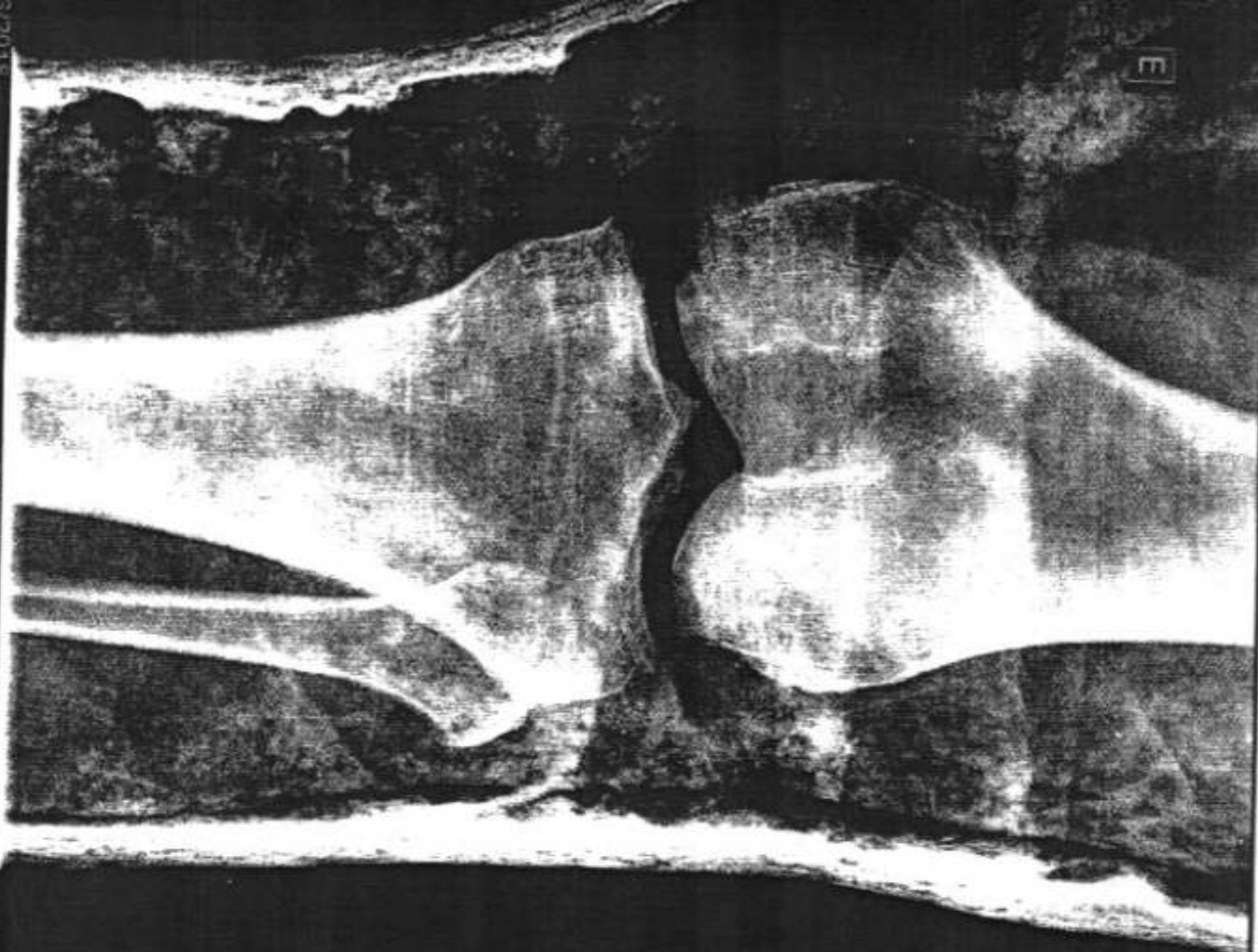


11/05/2018

58.0 %

Francineide

E



3/2/2018

78.7%

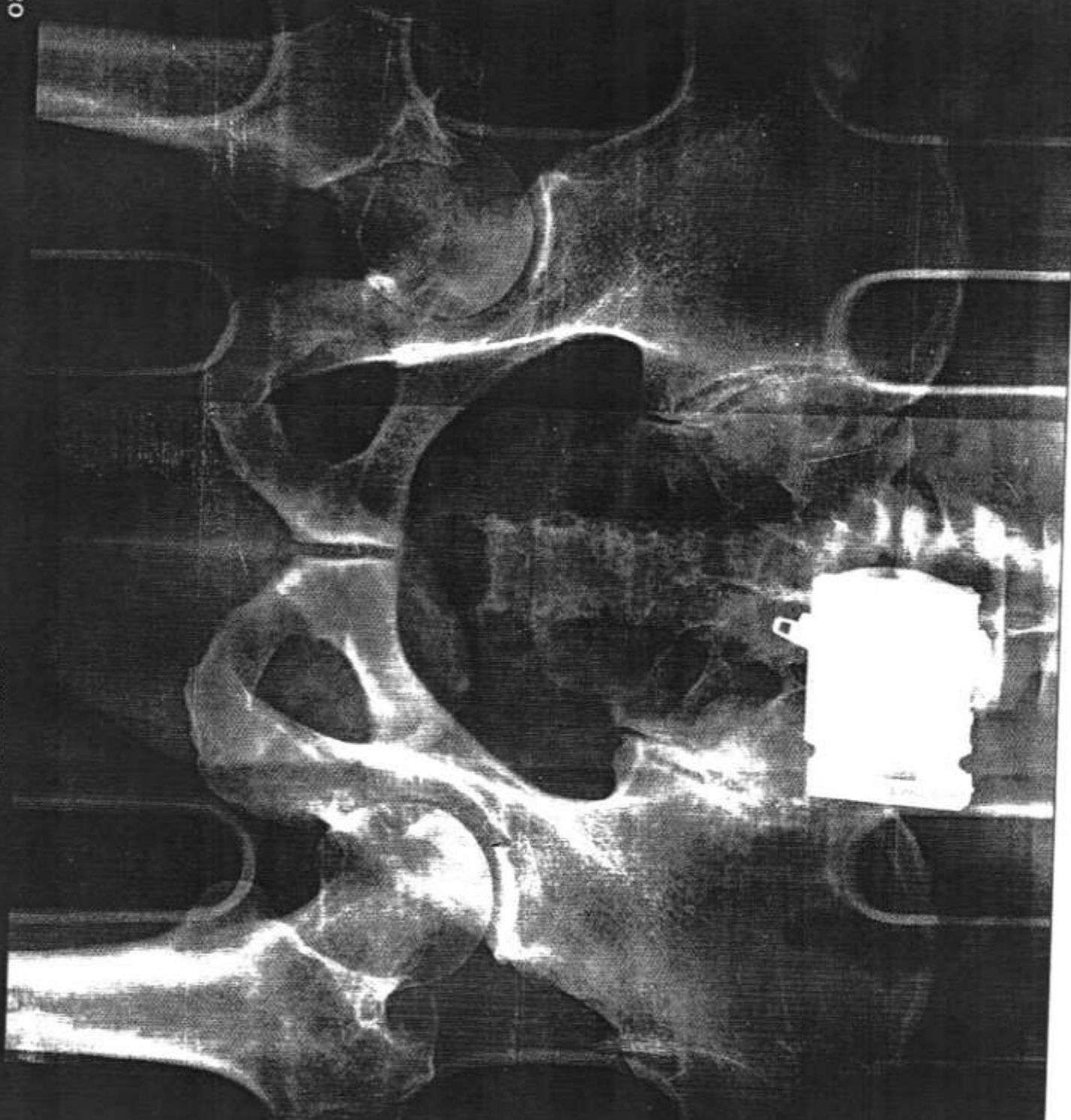
RICHARDSON CASTRO BAMBERG 7346

28/06/2018



73.1%

D



. RICHARDSON CASTRO

17/4/2018 08:04:25



GOVERNO DE RORAIMA  
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Richardson C. Bonley

RECEBIMOS

haude

Apto para atividade  
Física

CID



DATA 05/12/18

Dr. Daison Feitosa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-RR 1176

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 630 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.201-150 - CNPJ 44.613.408/0001-98

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
1553826313

NOME  
RICHARDSON CASTRO BAMBERG

DOC IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR  
131200 SSP RR

CPF  
447.368.942-53

DATA NASCIMENTO  
26/04/1976

PLACAO  
NILZO BAMBERG  
ANA CASTRO BAMBERG

PERMISSAO  
A

ACC  
A

CAT. DIR.  
A

AP. REGISTRO  
02333107446

VALIDADE  
05/12/2022

EMISSAO  
01/04/2002

OBSERVAÇÕES  
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO  
05/12/2017

ANTONIO FRANCISCO REZENDE MACHES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO

ASSINATURA DO EMISSOR

94298435978  
RR209469331

RORAIMA

DE NATRAN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Candeia João Pereira, 4M - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME SAMARA SOUSA MEIREZ	
DOC. IDENTIFIC. (CPF, CNH ou RG) 2010044 SSP RR	
CPF 009.143.382-66	DATA NASCIMENTO 03/10/1993
FUNÇÃO RUIZGLAN COSTA DE MEIREZ SAMARA SOUSA MEIREZ	
PERMISSÃO A	ACC A
DATA 13/04/2022	
IF REGISTRO 0546000498	VIGÊNCIA 22/11/2021
OBSERVAÇÕES N	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	
DATA EXEMBRADO 23/11/2016	
61576734162 RR209055227	
DETRAN RR (RORAIMA)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 012920178131  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM R.N.T.C. EXERCÍCIO  
CORREÇÃO 2018

NOME  
RICHARDSON ALVES DO AMARAL

PLACA  
047 379 000-00

PLACA ANT/UF  
00000000000000000000

ESPECIE TIPO  
MOTORISTA

MARCA/MODELO  
MONTECARLO

CAP/POT/CIL  
2000 100CV 4

CATEGORIA  
PARTICULAR

VEIC COTA ÚNICA  
1ª 100% 2ª 100% 3ª 100%

DETRAN

CONTRAN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Condão João Dutra, 464 - Boa Vista - RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADA OU AO SEU SEGURO DPVAT

RR Nº 012920178131 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodatransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 04/07/2018

RENAVAM  
00000000000000000000

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.828/0001-04  
www.seguradoralider.com.br



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266686 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICHARDSON CASTRO BAMBERG **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 30/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (SCHATZKER I). 2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. 2

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

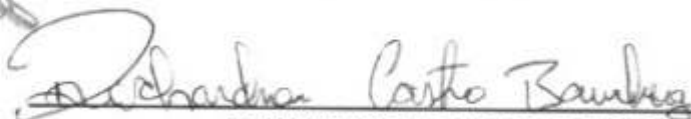
## DANOS

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 ESPECÍFICA

Por este instrumento particular de PROCURAÇÃO e pela melhor forma de direito, **RICHARDSON CASTRO BAMBERG**, brasileiro, maior, capaz, casado, portador da cédula de identidade nº 131200 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 447.368.942-53, residente e domiciliado na Rua Alemanha, nº 188, Bairro Cauamé, CEP 69.311-006, nesta Capital. Nomeia e constitui como sua Procuradora a Sra. **SAMARA SOUSA MENESES**, brasileira, maior, capaz, solteira, advogada, portadora da cédula de identidade nº 351504-4 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 009.163.382-66, endereço profissional na Rua Expedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Sílvia Leite, CEP 69.314-302, nesta Capital; a quem confere poderes junto ao **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – HGR; SESAU, IML e onde mais preciso for** e com esta se apresentar com o fim especial de requerer e receber documentos devidos e destinados ao outorgante, tais como **prontuário médico, declarações, atestados, receitas médicas**, documentos comprobatórios de transporte de acidentado; e o que mais preciso for, dar entrada em processos, apresentar documentos exigidos e torna-los, prestar declarações, requerer o que for de direito, preencher e assinar livros, protocolos, formulários, prontuários, folhas, guias e o que mais preciso for, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive substabelecer, total ou parcialmente, e junto a **DAT – DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**; e com esta se apresentar com o fim especial de tratar de todos os assuntos e interesses do outorgante referente ao **SEGURO DPVAT**; podendo para esse fim o dito procurador, dar início e andamento a processo, assinar e alegar o que convier, apresentar provas, juntar e retirar papéis e documentos, satisfazer e cumprir exigências, apresentar documentos exigidos e torna-los a receber, solicitar laudos, atestados, solicitar 2ª via de documentos, preencher formalidades; cláusulas e condições, acompanhar e dar andamento a processos, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, requerer, recorrer e concordar com as condições do mútuo, praticar enfim todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

Boa Vista/RR 22 de Março de 2019.



**RICHARDSON CASTRO BAMBERG**

Outorgante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Dantas, 654 - Boa Vista - RR



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120747/19

**Vítima:** RICHARDSON CASTRO BAMBERG

**CPF:** 447.368.942-53

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 17/04/2018

**Titular do CPF:** RICHARDSON CASTRO  
BAMBERG

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### **SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66**

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

### **RICHARDSON CASTRO BAMBERG : 447.368.942-53**

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: 09/04/2019  
Nome: SAMARA SOUSA MENESES  
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120747/19

**Número do Sinistro:** 3190266686

**Vítima:** RICHARDSON CASTRO BAMBERG

**CPF:** 447.368.942-53

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 17/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RICHARDSON CASTRO BAMBERG

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66**

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: 21/05/2019  
Nome: SAMARA SOUSA MENESES  
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190266686 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICHARDSON CASTRO BAMBERG **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 31/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (SCHATZKER I). 2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. 2

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**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

---

**Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190266686**

**Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG**

**Data do Acidente: 17/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SAMARA SOUSA MENESES**

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

**Senhor(a), RICHARDSON CASTRO BAMBERG**

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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266686                      Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Data do Acidente: 17/04/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SAMARA SOUSA MENESES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



# 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: 447.368.942-53 Nome completo da vítima: Richardson Castro Bamberg

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

Nome completo: Richardson Castro Bamberg CPF: 447.368.942-53  
Profissão: Vigilante Endereço: Rua Alemanha Número: 188 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Coumei Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.311-006  
E-mail: sonera.meneses@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 99467-2303

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

**RENTA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Sorvente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 03 CONTA: 066268 5 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 22.03.19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Richardson Castro Bamberg  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Sonera Sousa Meneses  
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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.**



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029270/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/07/2018 09:38 Data/Hora Fim: 20/07/2018 09:56  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 20/07/2018  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 17/04/2018 08:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. Carlos Pereira de Melo  
Complemento: Rotatória próximo a academia América

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08. ABR 2019 Barro: Jardim Floresta

AGENTE SEGURADORA SIA  
Av. Carlos Pereira de Melo, 114 - Boa Vista - RR

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RODOLFO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: RICHARDSON CASTRO BAMBERG (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 26/04/1976

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Ana Castro Bamberg

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 131200

04. ABR 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Alemanha  
Bairro: Cauamé

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

AGENTE SEGURADORA SIA  
Av. Carlos Pereira de Melo, 114 - Boa Vista - RR

Nº: 188

DA

20.04.2018

AGENTE DE FUL  
CONFERIDO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que, na data, hora e local acima informado, pilotava sua motocicleta Honda CG 125 FAN, de cor preta; ano/modelo 2008/2008 placa NAR-8997, chassi 9C2JC30706R664850, RENAVAN 00975823396, quando foi "fechado" pelo Sr. Rodolfo, dirigindo um automóvel, não sabendo informar o modelo. Que devido a manobra do Sr. Rodolfo, o comunicante veio a cair com sua motocicleta. Que o Sr. Rodolfo saiu do local, tendo retornado momento depois, onde ficou até a chegada do SAMU. Que devido as lesões em decorrência do acidente, o comunicante foi levado ao HGR, onde foi atendido pela equipe médica. Que o registro de ocorrência é somente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar

## ASSINATURAS



Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento



Richardson Castro Bamberg  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que originou, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do 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: 447.368.942-53 Nome completo da vítima: Richardson Castro Bamberg

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

Nome completo: Richardson Castro Bamberg CPF: 447.368.942-53  
Profissão: Vigilante Endereço: Rua Alemanha Número: 188 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Coumei Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.311-006  
E-mail: somera.meneses@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 99467-2303

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

### RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0653 03 CONTA: 066268 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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 22.03.19

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) 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.**



## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: \_\_\_\_\_ Equipe: Simões Cond. Odileis; SAMUEL  
 Paciente: RICHARDSON CASTRO ZAMBERG Idade: 41 Sexo: M  
 Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 3; Jardim Floresta

CHAMADA

Nº 6680 DATA 17/01/18 HORA: 6:44  
 Médico (a) Regulador (a) Dr (a) CRM: Dr. Halisson 6:49

MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO \_\_\_\_\_

## MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> FAS	<input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Trajeto
Vítima <input type="checkbox"/> projetada	<input type="checkbox"/> Carona	<input type="checkbox"/> PAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox: _____
<input checked="" type="checkbox"/> encarcerada	Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> queda	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
Passageiro: <input type="checkbox"/> traseiro	<input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>X CARRO</u>	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Capotamento	BICICLETA: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Condutor		
<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Carona		
	<input type="checkbox"/> queda		
	<input type="checkbox"/> Atropelamento		
	<input type="checkbox"/> Colisão		

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caminho do acidente)

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVON
<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hiperinfloração	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Enchimento	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa	<input type="checkbox"/> Capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Otorrhea
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input checked="" type="checkbox"/> M.V. NORMAIS	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorragia
<input type="checkbox"/> Outro: <u>LIURES</u>		<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS	<input type="checkbox"/> Rinorrágica
			<input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado
			<input type="checkbox"/> DNV

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

Hora	P.A. mm/hg	F.C bpm	F.R Mon	Sat O <sub>2</sub>	T. Axila	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	6:55 <u>110/80</u>	<u>84</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>
Fim	7:08 <u>120/100</u>	<u>86</u>	<u>20</u>	<u>99%</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>✓</u>

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer.	<input type="checkbox"/> Penetrante			<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura		
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação		
<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerações			
<input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Luxações			
	<u>S/A</u>	<u>S/A</u>	<u>S/A</u>	<u>S/A</u>	

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

## AFECÇÃO CLÍNICA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação entricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Filuter		<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Medicação de uso	
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Outra		
		<input type="checkbox"/> Aborto	<u>TRAUMA</u>		

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☒ PEQUENA ☐ MÓDIA ☐ OUTRO \_\_\_\_\_  
☐ SEVERA ☐ MORTE ☐ OUTRO \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)  
 Médico: Dr. Halisson  
 Carimbo: 06/09/2018

INCIDENTE

☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento  
☐ Não se encontrava no local  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Trote  
☐ Bombeiro no local: \_\_\_\_\_

## MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN  
☐ Bombeiro  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

RCP

☐ Iniciada as: \_\_\_\_\_ ☐ Término as: \_\_\_\_\_  
☐ RCP com sucesso  
☐ RCP sem sucesso  
☐ Obs.: \_\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RN

☐ Atendido no local  
☒ Trauma HGR  
☐ Pronto Atendimento  
☐ Coronel Mota

☐ Cosme e Silva  
☐ HCSA  
☐ Maternidade  
☒ Outros

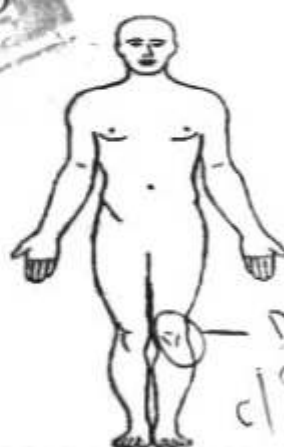
TERMO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

✓ - PACIENTE VITIMA de TRAUMA, MORO e CARRO, QUANDO POR MUITO, VITIMA ENCONTRADA EM DECUBITO DORSAL AO SOLO, SEM CAPACETE, BOA RESPOSTA VERBAL E MOTORA, RESPIRAÇÃO NORMAL, RITMO REGULAR, QUALIDADE SUPERFICIAL E SILENCIOSA, PULSO NORMAL, REGULAR, FORTE e HEIO, SEM PRESENÇA de GRANDES HEMORRAGIAS, VITIMA COM ESCORIAÇÕES EM

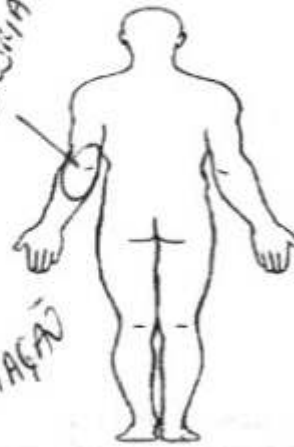
ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4		
Melhor Resposta Verbal	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3		
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2		
Melhor Resposta Motora	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1		
	Orientado	Balbucia	5	0	0		
Melhor Resposta Verbal	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4		
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3		
Melhor Resposta Motora	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2		
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1		
Melhor Resposta Verbal	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0		
	Localiza a dor	Retira do toque	5	14 a 15	5		
Melhor Resposta Motora	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4		
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3		
Melhor Resposta Motora	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2		
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1		

M.S. E REFIAS POSTERIOR DO ANTI-IBRAID, REFERINDO dor EM M.I.E. REGIÃO DA PATELA, C/ POCA MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO, coloca-DO COLAR CERVICAL e PRAN-CLIA RIGIDA e CONDUZIDO AO GT C O R.

CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 06/09/2018  
Assinatura



DIAGNÓSTICO



LINDOMAR SIMÕES  
Téc. em Enfermagem  
COREN/RN 799.600 TE

<p>GESTANTE</p> <p>IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____</p> <p>Perda de líquido: _____ BCF: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão</p>	<p>MATERIAL E MEDICAÇÃO</p>
--	-----------------------------

# Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0057791-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal

002540174

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	06/04/2019	205	196,93

RICHARDSON CASTRO BAMBERG

R. ALEMÃO 158 CAUJÁ

CPF: 00044736894253

CEP: 69.311-006 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.06.149600

DADOS DA LEITURA	KWH	KVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	4232		Atual: 18/03/2019
Anterior:	4027		Anterior: 15/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 17/04/2019
Consumo Medido:	205		Emissão: 15/03/2019
Consumo Faturado:	205	FCAM	Aprovação: 18/03/2019

Classificação	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDB16132340	1519533	1.1.1.2	201

HISTÓRICO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/19 169	CONSUMO 205 A R\$ 0,774280 = 158,72
JAN/19 193	MULTA POR ATRASO DE 1 02/19-00 1,05
DEZ/18 199	JUROS DE MORA POR ATR 02/19-00 0,02
NOV/18 244	MULTA POR ATRASO 02/19-00 2,64
OUT/18 0	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00 0,08
SET/18 0	ILUMINACAO PUBLICA 34,42
AGO/18 0	
JUL/18 0	
JUN/18 0	
MAI/18 0	

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

LIGUE 0800 7019 120 E FAÇA O CADASTRO DE VENCIMENTO 1-6 11 16 21 26

Parâmetros: Até o dia 15/03/2019, não constataremos futuras vendas

na sua Unidade Consumidora.

SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA

TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO,

MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

## RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/RETENÇÕES - R\$
Distribuição: 40,28	Base de Cálculo: 158,72
Energia: 85,40	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 26,98
Encargos: 4,43	Valor do PIS: 0,28
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE	DT. VENC.	DT. VENC.
9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99		
2,77 11,00 0,55		

FLORESTA	SEU CÓDIGO	01/2019	03/19
ROT: 11.001.18.06.149600	0057791-0	TOTAL A PAGAR - R\$	196,93
<b>Eletrobras</b>	MÊS FATURADO	VENCIMENTO	
Distribuição Roraima	03/2019	06/04/2019	
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR	Nº da Nota Fiscal:	002540174	FCAM
CNPJ: 02.341.470/0001-44   Ins. Estadual: 24.007.022-3			

83640000001 1 96930075000 3 000000000057 0 79100319008 3



SEQ.: 00224 UC: 0057791-0 DT. LEIT.: 18/03/2019 T. ENTR.: 04

LEITURA: 4232 NORMAL TOTAL: 196,93 CARGA: 006

DT. VENC.: 06/04/2019 IRREG.: 000 COLETO: 1071

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Candeia João Pereira, 4M - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME SAMARA SOUSA MENDES	
DOC. IDENTIFIC. (CPF, CNH, RG) 2010044 SSP RR	
CPF 009.143.382-66	DATA NASCIMENTO 03/10/1993
FUNÇÃO RUIZGLAN COSTA DE MENDES SAMIRA SOUSA MENDES	
PERMISSÃO A	ACC A
DATA 13/04/2022	
IF REGISTRO 0546000498	VIGÊNCIA 22/11/2021
OBSERVAÇÕES N	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	
DATA EXEMBRADO 23/11/2016	
61576734162 RR209055227	
DETRAN RR (RORAIMA)	

SEQ.: 00284 UC: 0117600-0 DT. LEIT.: 17/04/2019 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 24778 NORMAL TOTAL: 179,72 CARGA: 015  
DT. VENC.: 06/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1311



**RORAIMA  
ENERGIA**

Para contato  
consulte o número  
deste documento

**SEU CÓDIGO**

0040105-6

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Enio Góes, 684 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)  
Nº da Nota Fiscal: 002724177  
Regime especial de Imposto de Renda para o Estado de Roraima - RIR/93

Nº da Nota Fiscal: 002724177

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	06/05/2019	488	435,25

RUIZIGIAN COSTA DE MEINESES

R. EXPEDITO FRANCISCO SILVA 378 DR. SILVIO LEITE

CPF: 00046868836287

CEP: 69.314-302 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.06.183000

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA
Atual:	9475	17/04/2019
Anterior:	8987	18/03/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	488	20/05/2019
Consumo Faturado:	488	Empenho:
	FCAM	16/04/2019
		Apresentação:
		17/04/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDR16147494	1420842	1.1.1.2	456

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	KWH		
MAR/19	413	CONSUMO	488 A R\$ 0,790945 = 385,98
FEV/19	477	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 02/19-00	0,15
JAN/19	463	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 02/19-00	3,28
DEZ/18	371	MULTA POR ATRASO DE T 02/19-00	1,98
NOV/18	614	JUROS DE MORA POR ATR 02/19-00	0,36
OUT/18	596	MULTA POR ATRASO 02/19-00	7,46
SET/18	524	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00	4,10
AGO/18	460	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	31,94
JUL/18	268		
JUN/18	421		

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
03/2019	352,03	Unidade consumidora em situação de inadimplência, a partir de 02/03/2019, o valor da conta será acrescido de multa e juros de mora, conforme a legislação em vigor. Caso não seja efetuado o pagamento, a concessionária se reserva o direito de suspender o fornecimento de energia elétrica.

LIQUIDAR O VALOR DE R\$ 151,26 E FAZER O PAGAMENTO EM 16/05/2019 ATÉ AS 18H

RESERVAÇÃO FISCO: E416 DE 91 LO 90 F003 1212 9004 5285 00CF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	39,36	Base de Cálculo:	385,98
Energia:	203,29	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	65,61
Encargos:	10,56	Valor do PIS:	1,86
Tributos:	76,27	Valor do COFINS:	8,80

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

21 MAI 2019

**GENE SEGURO S/A**  
C. 001.000.000-00 - BOA VISTA - RR



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Enio Góes, 684 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

**SEU CÓDIGO**

0040105-6

**TOTAL A PAGAR - R\$**

435,25

**MÊS FATURADO**

04/2019

**VENCIMENTO**

06/05/2019

Nº da Nota Fiscal: 002724177

FCAM

83640000045 35250075000-0-000000004-6 105641008 9