

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: 2722334220200522155800

Processo 0832991-86.2019.8.23.0010 ★ - (219 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Reais					
Realçar Movimentos de: <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <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 Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
39 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 39					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	39 22/05/2020 15:58:00	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		39.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2660283IMPUGNACAOALAUDOPERICIAL01.pdf	Público		
		39.2 Arquivo: Anexo 2 Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2660283IMPUGNACAOALAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pe/advogado/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA) em 11/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020) e ao evento de expedição seq. 35.	SISTEMA CNJ		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pe/advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020) e ao evento de expedição seq. 36.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020)	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judicário		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020)	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judicário		
<input type="checkbox"/>	34 30/04/2020 14:44:24	JUNTADA DE LAUDO Cumprimento de intimação - Referente ao evento HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020)	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judicário		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pe/Perito FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA(Leitura automática em 16/04/2020 às 23:59)) em 04/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020) e ao evento de expedição seq. 32.	SISTEMA CNJ		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para Perito FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020)	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judicário		
		HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 04/06/2020 (90 dias)	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judicário		
		DECORRIDO PRAZO DE SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA (P/ advgs. de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE CERTIDÃO (11/12/2019) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ		
		RENÚNCIA DE PRAZO DE SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Igor Gustavo Macambira Dias Advogado		
		LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 24/01/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (15/01/2020 15:46:11). Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	EGILAINÉ SILVA DE CARVALHO Analista Judicária		
<input type="checkbox"/>	27 24/01/2020 18:15:30	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (15/01/2020 15:46:11). Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	HELLEN KELLEN MATOS LIMA Oficial de Justiça		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pe/advogado/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA) em 23/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 21.	SISTEMA CNJ		
		REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 24) em 15/01/2020 15:46:11. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: HELLEN KELLEN MATOS LIMA. Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	Greiciane Jin Servidora Central de Mandados		
<input type="checkbox"/>	24 15/01/2020 15:46:11	Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO(13/01/2020 09:56:24). Natureza: Intimação. Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA. Identificador do Cumprimento: 0002	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judicário		
<input type="checkbox"/>	23 14/01/2020 11:32:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pe/advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 20.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharinie Reis Menezes Analista Judicária		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharinie Reis Menezes Analista Judicária		
		JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO DEBITO Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharinie Reis Menezes Analista Judicária		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08329918620198230010

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 **SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA**, 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 inexiste 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 ombro esquerdo, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			 Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT	
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190332618	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	Data do acidente: 05/10/2018	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 07/06/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.				
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

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

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no ombro 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 ombro 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.

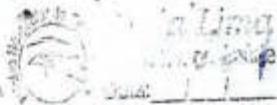
Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



Vinte
20

1801018274	05/10/2018 09:11:06	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	12
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA			02/01/1987	31 A 9 M 3 D	165992411320003		00061885
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
3074722	SSP/RR		26/09/2003	F	UNIAO	PARDA	MANAUS - AM
Mãe				ESTAVEL			NACIONALIDADE BRASILEIRA
VALDENICE LIBORIO MARTINS					WANDERLEY RABELO DE OLIVEIRA		(95) 99126-6888
Endereço							Ocupação NÃO INFORMADA
- JOSE ARRUDA DE LIMA - 121 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada			Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				MARCIO.SILVA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febre <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>pel trauma e TCE lne. ilvo g/ra s/esteral bnf 28 RCR. dor lne occipital. dor lne cervical e lne (frente) dor lne cervical dor lne cervical e lne (lateral) dor lne cervical dor lne cervical e lne (lateral) dor lne cervical</i>						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RRAIO-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 <i>2 R. pilonar 1g D</i> <i>10</i> <i>10</i> <i>2 tiflaxacum 400g D</i> <i>10</i> <i>10</i> <i>zitro</i> <i>10</i> <i>10</i>							
APRAZAMENTO DE ATENDIMENTO <i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. BRG. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 3221-0620</i> <i>ALERTA: 1º AN. 2017</i> <i>Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital</i>						OBSERVAÇÃO	
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

 Impresso por: marcio.silva
 Data Hora: 05/10/2018 09:13:11

20 MAIO 2019





NOME: Suzimara Martins De Oliveira SEXO:F IDADE:
Localidade: PAAR Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 22-10-18
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Indicação:

TCE + tontura

Relatório

- Hipotenução frontal, bilateral, mais acentuado à direita, corticosubcortical sem efeito de massa significativo (contusão);
- Restante do parênquima encefálico sem particularidades de nota.
- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,

Data do relatório: 22/10/2018

Dr. Daniel Lopes Azevedo

Médico Esp Diag por Imagem

Titular do CBR CRM 1191/RR RQE-566

20 MAIO 2019

ESQUERDO

ZIMARA MARTINS OLIVEIRA

14428-31 ANOS

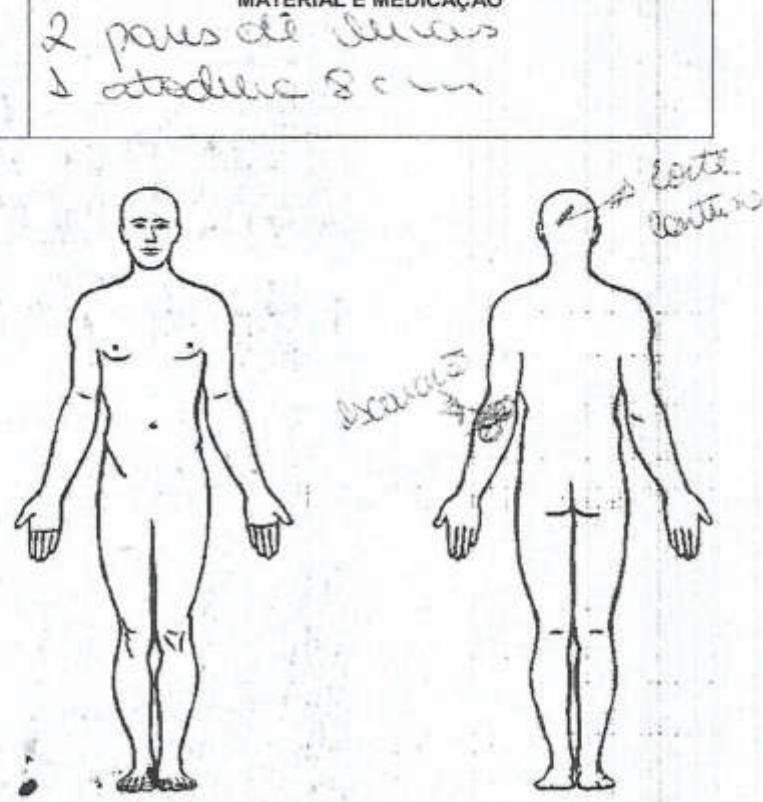
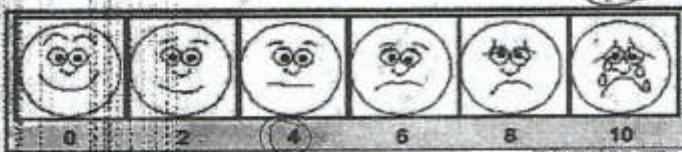
10-2018 14:44:02

OCLINICA COSME E SILVA

TERMO DE PERTINÊNCIA DO PACIENTE RECUSA	Dscrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente:
	RG:
	TESTEMUNHA 01:
	RG:
	TESTEMUNHA 02:
RG:	

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

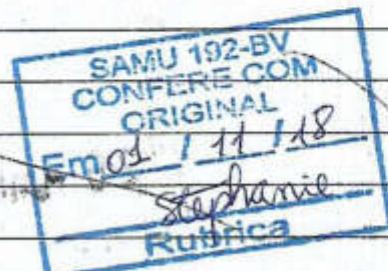
Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Suspeita de lesões de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Vocal	Pontos	
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Balbucios incompreensíveis	Palavras	3
Sopinas generalizadas	Sons	2
Suspeita de resposta auditiva, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Pontos	
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Movimento de todo corpo do nível da clavicula ao estímulo da pele ou biscoito	Localizadora	5
Movimento das raias do membro superior acima do cotovelo, seção predominantemente não anormal	Flexão normal	4
Movimento das raias do membro superior acima do cotovelo, seção predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3
Movimento do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Suspeita de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que desafia resposta motora	Não testável	NT



20 MAIO 2019

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Homem de 31 anos, uti-mo de classificado como ponto 4. Suspeita de seu delírito dorso, consciente, orientado, alerta, aparentando certo entusiasmo na reação, aceitou + exames, verbalizado tudo isso, falou + manchou. SJW multirades e seu humor inconstante.



Tel. 61 3200-0000
6385821
Carenar



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 307472-2

DATA DE EXPEDICAO 26/09/2007

NOME SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

FUNCOES ANDERLEY RABELO DE OLIVEIRA
VALDENICE LIBORIO MARTINS

NATURALIDADE MANAUS - AM

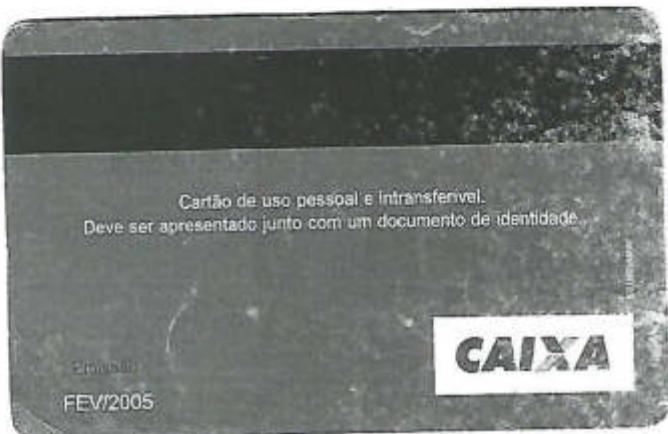
DOC. ORIGEM CERTID. NASC. 01681 FLS. 152 LIV. A-107

CIRC. 01 3 OF. MANAUS - AM

DATA DE NATACAO 02/01/1987

2a VIA

LEIA 7116 DE 2008/83



20 MAIO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: ILOIR INACIO DE SOUZA
DOC. IDENTIDADE /ORG. EMISSOR/: 114807 SSP RR
CPF: 383.051.512-04 **DATA NASCIMENTO**: 07/04/1978
PLAQUE: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA
PERMISSÃO: ACC **CATEGORIA**: AB
Nº REGISTRO: 01101912304 **VALIDADE**: 28/01/2020 **HABILITAÇÃO**: 15/12/1999
DESCRIÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:
LOCAL: BOA VISTA - ROAIMA **DATA DE EMISSÃO**: 30/01/2015

JOSÉ GILSON RUIZ DE MORAES PEREIRA
DIRETOR FEDERANTE
TRANSMUTAÇÃO DO EMISSOR: 92485240616
RR207968020
DESENHO RR (ROAIMA)

980151096

20 MAIO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332618 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)

Resultados terapêuticos: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO. (P3)

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.

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

OUTORGANTE

NOME:	Suzimara Martins de Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	307472-2
ENDEREÇO:	Rua: José Arnuda de Lima N: 61

OUTORGADO

NOME:	Ioir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão , 1832, bunitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista 26/11/2018

LOCAL E DATA

Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL
AQUINO**

 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Rua José da Silva Tabetiba e Braga, nº 10
 Av. Ataíde Teixeira, 4207 - Asa Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 3657-6126
 foficioboavista@cartorioaquequim.com.br

 64066.501C02406862
 Reconhecido por: VERDADEIRA, 8(8) firma(s)
 "Suzimara MARTINS DE OLIVEIRA"

 Em testemunho da verdade. BPO
 De que deu fôr. Boa Vista/RR, 26 de novembro de 2018.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselem.com.br
 RECFIR166295VI4LK824FE4MD13/

Encolamentos: R\$ 2,39 Fundos: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

 Suzimara Martins de Oliveira
 Tabelada Substituta

20 MAIO 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Suzimara Martins de Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	307472-2
ENDEREÇO:	Rua: José Arnuda de Lima N: 61

OUTORGADO

NOME:	Ioir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão , 1832, bunitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista 26/11/2018

LOCAL E DATA

Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL
AQUINO**

 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Rua José da Silva Tabetiba e Braga, nº 10
 Av. Ataíde Teixeira, 4207 - Asa Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 3657-6126
 foficioboavista@cartorioaquequintana.com.br

 64066.5016024-06862
 Reconhecido por: VERDADEIRA, 8(8) firma(s)
 "Suzimara MARTINS DE OLIVEIRA"

Em testemunho da verdade. BPO

De que deu fô. Boa Vista/RR, 26 de novembro de 2018.

Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalseletor.com.br

RECFTIR166295VI4LK824FE4MD13 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

 Suzimara Martins de Oliveira
 Tabelada Substituta

20 MAIO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168304/19

Número do Sinistro: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

CPF: 949.225.942-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2018

Titular do CPF: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2019
Nome: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA
CPF: 949.225.942-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332618 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

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.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

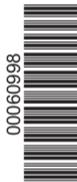
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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. 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, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002031/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2019 10:15 Data/Hora Fim: 28/01/2019 10:37
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 28/01/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/10/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Pintolândia
Logradouro: Rua Manoel Bonfin da Silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 02/01/1987
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Vadenice Liborio Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 307472-2
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 949.225.942-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jose Arruda de Lima Nº: 121
Bairro: Dr. Silvio Botelho
Telefone: (95) 99176-7543 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que se encontrava na garupa da MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, PLACA NAZ 8109, CHASSI FINAL 7837, de propriedade de FELISBERTO LUCAS DE ANDRADE, conduzido por GILBSON ALVES DE MENDONÇA, quando uma MOTOCICLETA de PLACA e CONDUTOR não identificados avançou a preferencial vindo a colidir no lado direito da MOTOCICLETA conduzida pelo Senhor GILBSON vindo ambos a cair, em decorrência da queda a comunicante veio a sofrer lesão corporal. Informa ainda que foi conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.

20 MAIO 2019



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

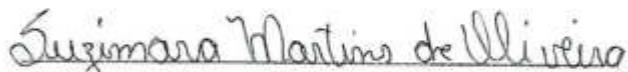
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002031/2019

ASSINATURAS



Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento



Suzimara Martins de Oliveira
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



20 MAIO 2019

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 ADU: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
949.225.942-72 Suzimara Martins de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMILIARES

Nome completo:	Suzimara Martins de Oliveira	Número:	849.225.942-72
Profissão:	Autônoma	Endereço:	Rua José Arruda de Oliveira
Rua/Rua:	Silvâo Boletto	Cidade:	Bacchus
E-mail:	TIOTRRR@HOTMAIL.COM		
	Estado:	RR	Teléfones: (055) 9125-9637

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLIQUE INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 (Corrente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (337) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (164)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3905**

CONTA: **14323 5**

(Informar o dígito de conta)

(Informar o dígito de conta)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito de conta)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade 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. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na 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(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascido (não nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/vôz vivo? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

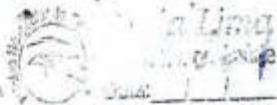
2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RGCC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntero 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
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



Vinte
M

1801018274	05/10/2018 09:11:06	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	12
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA			02/01/1987	31 A 9 M 3 D	165992411320003		00061885
Identidade	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
3074722	SSP/RR		26/09/2003	F	UNIAO	PARDA	MANAUS - AM
Mãe				ESTAVEL			NACIONALIDADE BRASILEIRA
VALDENICE LIBORIO MARTINS					WANDERLEY RABELO DE OLIVEIRA		(95) 99126-6888
Endereço							Ocupação NÃO INFORMADA
- JOSE ARRUDA DE LIMA - 121 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada			Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				MARCIO.SILVA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febre <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>pel trauma e TCE lne. ilvo g/ra bilateral bnf 28 RCR. dor lne occipital. dor lne cervical e lne (frente) dor lne cervical dor lne cervical e lne (lateral) dor lne cervical dor lne cervical e lne (lateral) dor lne cervical</i>						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" 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 <i>2 D. pilocam 1g/d</i> <i>10/10/2017</i> <i>2 tiflaxacum 400mg/d</i> <i>10/10/2017</i> <i>citro</i> <i>10/10/2017</i>							
APRAZAMENTO DE ATENDIMENTO <i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</i> <i>Av. BRG. Eduardo Gomes, S/N</i> <i>Novo Planalto Tel (95) 3221-0620</i> <i>ALERTA: AUTENTICAÇÃO</i> <i>10/10/2017</i> <i>Certifico e Dou Fé que a presente</i> <i>cópia é fiel Reprodução Original</i> <i>que foi apresentado neste Hospital</i>						OBSERVAÇÃO	
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

 Impresso por: marcio.silva
 Data Hora: 05/10/2018 09:13:11

20 MAIO 2019



1801018274



NOME: Suzimara Martins De Oliveira SEXO:F IDADE:
Localidade: PAAR Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 22-10-18
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Indicação:

TCE + tontura

Relatório

- Hipotenução frontal, bilateral, mais acentuado à direita, corticosubcortical sem efeito de massa significativo (contusão);
- Restante do parênquima encefálico sem particularidades de nota.
- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,

Data do relatório: 22/10/2018

Dr. Daniel Lopes Azevedo

Médico Esp Diag por Imagem

Titular do CBR CRM 1191/RR RQE-566

20 MAIO 2019

ESQUERDO

ZIMARA MARTINS OLIVEIRA

14428-31 ANOS

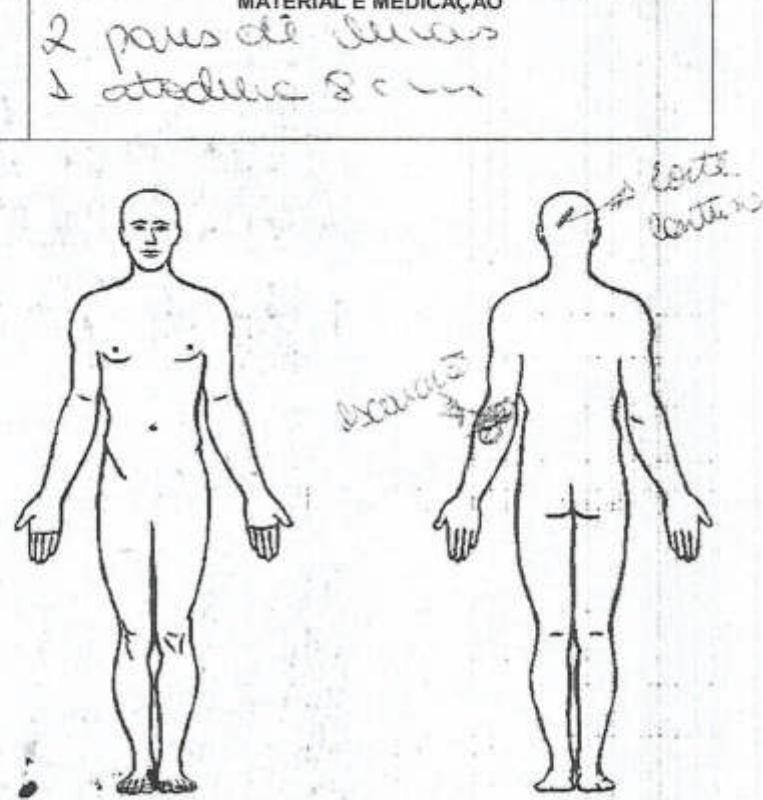
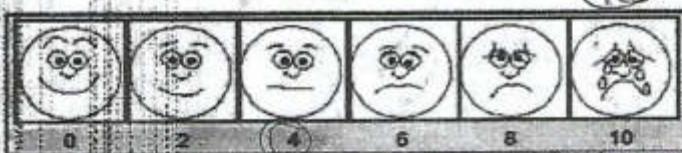
10-2018 14:44:02

OCLINICA COSME E SILVA

TERMO DE PERTINÊNCIA DO PACIENTE RECUSA	Dscrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____	
TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____	

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

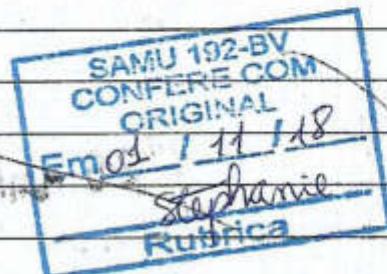
Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Gatos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Suspeita de reações de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Gatos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Vocal	Pontos	
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Balbucios incompreensíveis	Palavras	3
Sopinas geradas	Sons	2
Suspeita de resposta auditiva, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Pontos	
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Movimento de todo corpo do nível da clavicula ao estímulo da peleca ou biscoito	Localizadora	5
Movimento das raias do membro superior acima do cotovelo, seção predominantemente não anormal	Flexão normal	4
Movimento das raias do membro superior acima do cotovelo, seção predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3
Movimento do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Suspeita de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que desafia resposta motora	Não testável	NT



20 MAIO 2019

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente feminino 31 anos, uti-mo de classificada p/to xpto + surtido de seu delírito dorsal, consciente, orientada, alerta, apertando este lençol + fio na rede, aceitou + exame, verbalizado p/ta illo, dolor + mancha. SJW multirades e ac. cerni nro da 00 0+



Tec. Stephanie 638582
Caren VZ



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Evaristo Gómez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de Impressão autoral para SEFAZ 368/13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0035393-0

Nº da Nota Fiscal: 001666235

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENIMENTO (TTO)	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO 2018	06/11/2018	373	264,33

MARINETE ALVES

R. JOSE ARRUDA DE LIMA 121 DR. SILVIO BOTELHO

CPF: 00036481858372

CEP: 69.314-466 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.16.105500

DADOS DA LEITURA	DATA	VALOR	DATAS DA LEITURA
Atual:	16578		Atual: 19/10/2018
Anterior:	16205		Anterior: 19/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 21/11/2018
Consumo Médio:	373		Emissão: 19/10/2018
Consumo Fazendado:	373	FCAM	Aprovação: 19/10/2018

Ponto de Faturamento: NORMA | Fator de Poluição: 30 | Taxa de Consumo: 30

CLASSIFICAÇÃO		Ligado	Nomeiro Medidor	Posto	Código Fai.	Média de leituras
ABERTA/ATUAL						
HISTÓRICO/ANNUAL						
Médiano consumo						
SET/18	257	CONSUMO	373 A R\$ 0,569048 =	211,25		
AGO/18	298	CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL. PUBL		0,51		
JUL/18	284	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPm (2X)		7,68		
JUN/18	314	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC		4,25		
MAI/18	238	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL		1,09		
ABR/18	271	MULTA POR ATRASO (2X)		6,34		
MAR/18	297	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		0,01		
FEV/18	251	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		23,70		
JAN/18	191					
DEZ/17	300					
TRIBUTO/IMPOSTO						
		0 A 373 - 0,455700				

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO						
Mes / Ano:	Valor: R\$	09/2018	170,00	Informações sobre o vencimento da fatura e os pagamentos realizados. O vencimento da fatura é sempre o dia 16 do mês subsequente ao da emissão da fatura. O valor da fatura é sempre o mesmo, mesmo que haja variação no consumo.		
Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura, este deverá ser cancelado em nossos canais de atendimento. Ligue 03007019120 e faça opção VENCIMENTO 16/11/18						

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA UNIÃO (R\$)		IMPOSTOS SOBRE OS SERVIÇOS	
Contribuições:		Base de Cálculo:	
Enegia:	63,91	Alíquota ICMS:	212,25
Transmissão:	102,22	Valor do ICMS:	17,00%
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	36,08
Tributos:	4,25	Valor do COFINS:	1,02

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DI	RC	DMC	DRP
Média	16,91	33,82	8,46
Conjunto	3,75	10,00	1,21

DISTRITO
ROT: 8.001.16.16.105500

SEU CÓDIGO	08/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)
0035393-0		66,34
MÊS FATURADO		264,33
10/2018		VENCIMENTO
		06/11/2018

001666235 FCAM

83680000002 5 64330075000 4 00000000035 6 39301013008 0



SEQ.: 00123 UC: 0035393-0 DT.LEIT.: 19/10/2018 T.ENTR.: 07

LEITURA: 16578 NORMAL TOTAL: 264,33 CARGA: 015

PT. HCFM - DEPARTAMENTO FEDERATIVO



RORAIMA ENERGIA AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

Autenticação mecânica

20 MAIO 2019

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2019	R\$ 229,20

836100000022.29200075003.000000001081.915302190052



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ideir Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Suzinara Martins de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 949.225.942-72 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Suzinara M. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 949.225.942-72 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	Rua: Antônio Pinheiro Galvão	Número	1832	Complemento
Bairro	Buritis	Cidade	Boa Vista	Estado
Email	Ideirr@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	69-309.209	Telefone celular (DDD) 99154-4282

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

20 MAIO 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gilson Alves de Mendonça,
RG nº 199467, data de expedição / /,
Órgão SSP, portador do CPF nº 733.463.812-34, com
domicílio na cidade de Bonito, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
 darüber de leima, nº 121,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elizimara Martins de Oliveira cujo o condutor era
Gilson Alves de Mendonça.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2008 / 2008
Placa: NAZ - 8109
Chassi: 9C23030708 BR 217837
Data do Acidente: 05/10/2018
Local e Data: Bonito - RR

2º OFICIAL

GILSON ALVES DE MENDONÇA
Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gilson Alves de Mendonça,
RG nº 199467, data de expedição / / ,
Órgão SSP, portador do CPF nº 733.463.812-34, com
domicílio na cidade de Ponta Ubu, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avi Anuete de Lima, nº 121,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elizimara Martins de Oliveira cujo o condutor era
Gilson Alves de Mendonça.

Veículo: MOTOACACHETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2008 / 2008
Placa: NAZ - 8109
Chassi: 9C2J030708 BR 217837
Data do Acidente: 05/10/2018
Local e Data: Ponta Ubu - RR

2º OFICIO

X GILSON ALVES DE MENDONÇA
Assinatura do Declarante

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

