

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:
262533420200205173220

Processo 0802245-07.2020.8.23.0010 ☆ - (12 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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08022450720208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RONALDO SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/11/2019**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1687,50** após a regulação do sinistro.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000014196-3

Nr. da Autenticação E6A860C2EDC525D3

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

⁴“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 29 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RONALDO SILVA SANTOS**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08022450720208230010.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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

1ª Classificação Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

12. Sujeito
13. Enfermagem
14. 031-058

1901172586 11/10/2019 09:15:53 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
RONALDO SILVA SANTOS 05/05/1981 38 A 5 M 6 D 71011897253
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 221639 SSP/RR 01/09/2009 M SOLTEIRO (APARDA) IMPERATRIZ - MA BRASILEIRA
Mãe Pai Contato
MARIA ODETE SILVA SANTOS FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F (95) 99167-5989
Endereço Ocupação
RUA - RIO GRANDE DO NORTE - 774 - ESTADOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° 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 TRANSPORTADO POR TER **ERBEJONE.SIMPLICIO**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
TRAUMA CONTUSO NO OMBRO E COTOVELO @ 9h12
ACIDENTE COM MOTOCICLETA (SIC)
Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: **Coronel**

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impressão por: erbejone.simplicio
Data Hora: 11/10/2019 09:16:42

CIVACIO Henrique R. da Silva
Esp. DOCON - Médico
CRM 1803

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1928/PR



1901172586

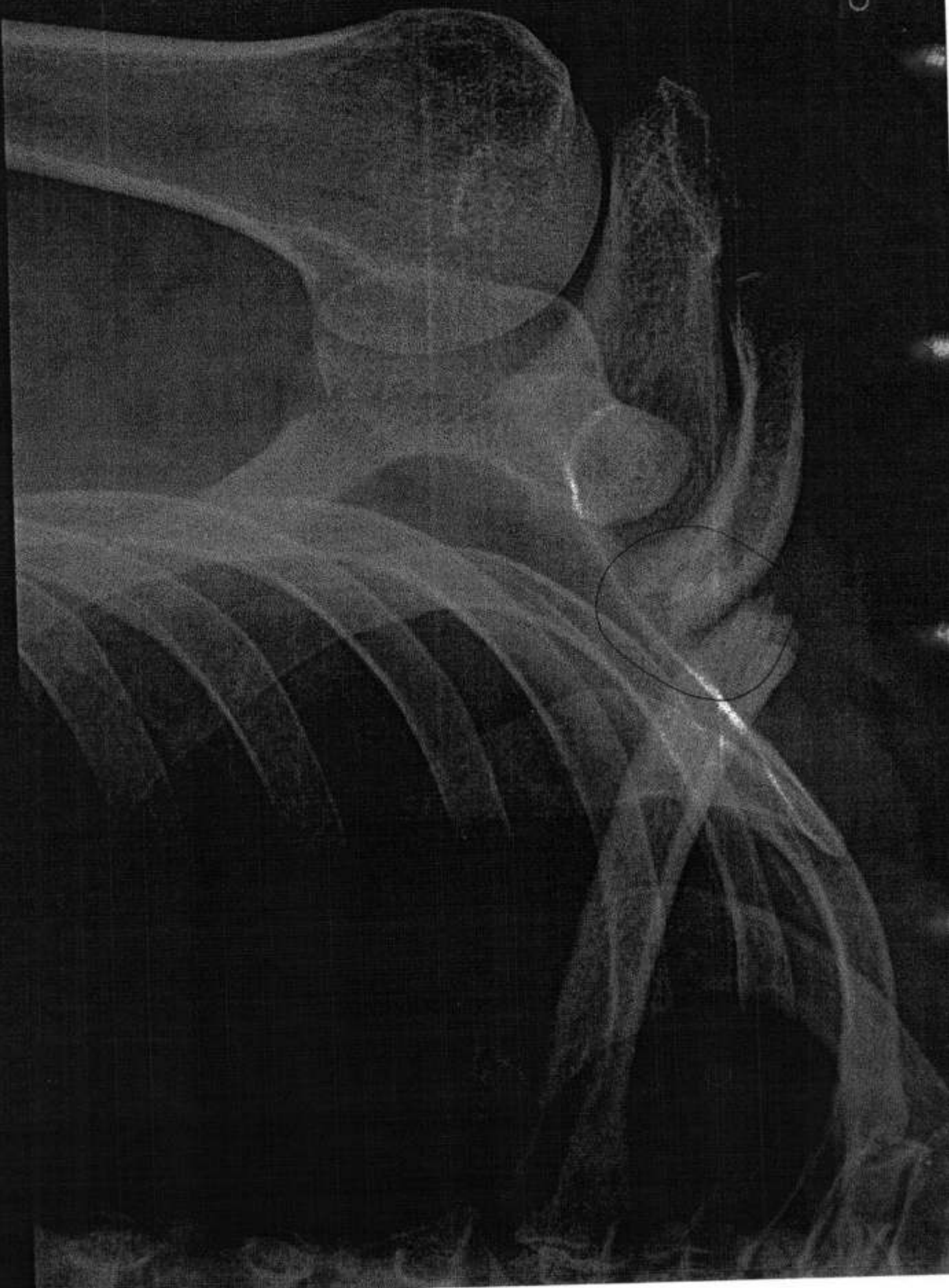
Vitor P.

~~FX Clavícula~~

~~- CD multigost~~



.D



RONALDO SILVA SANTOS
HOSPITAL CORONEL MOTA

12732

05/11/2019

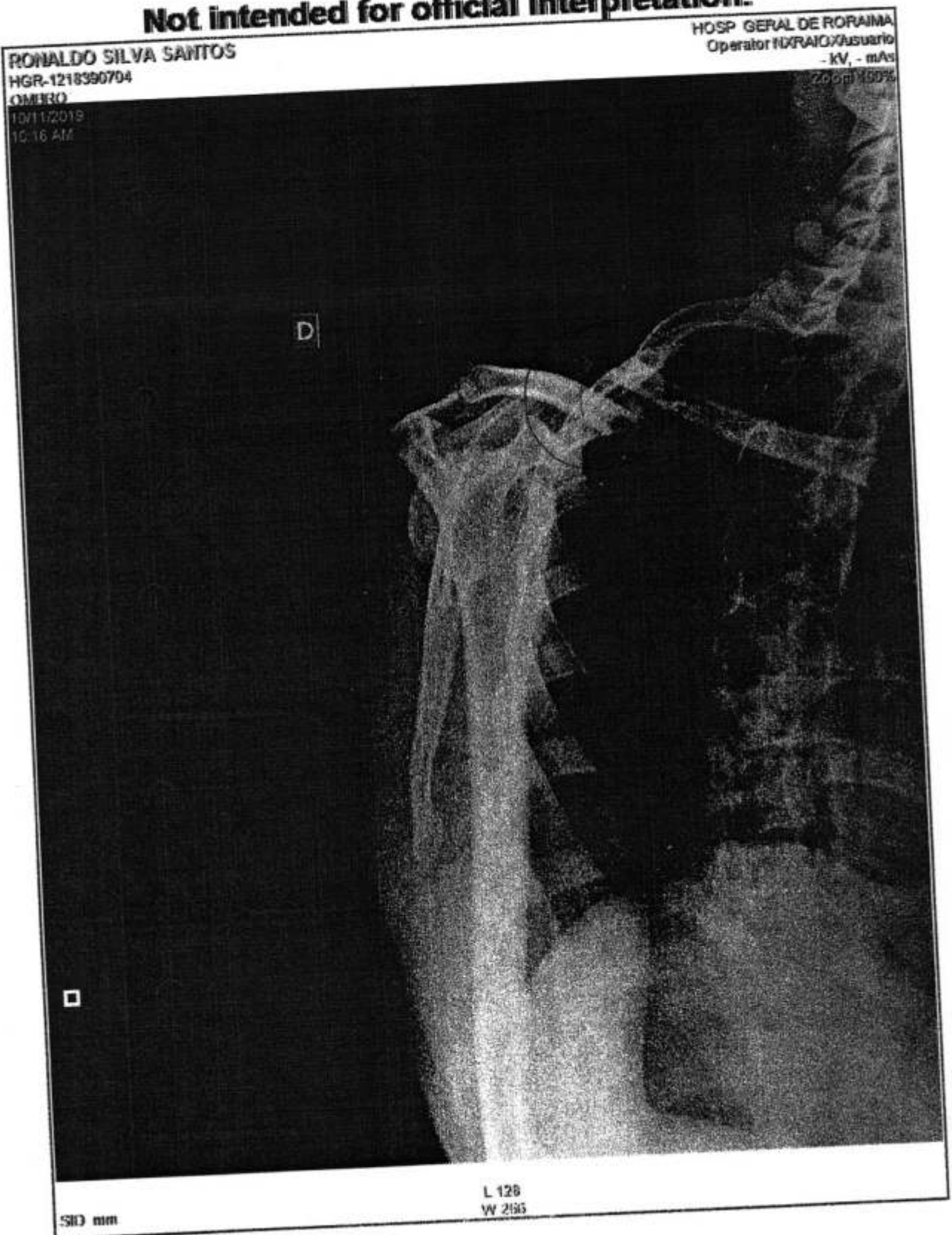
Claudioaldo

121.3%

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS
HGR-1218390704
OMERO
10/11/2019
10:16 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operator: NXRAIOX/usuario
- KV, - mAs
Zoom 150%



L 128
W 2135

510 mm

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator N° RAIO X / usuário

- kV, - mAs

Zoom 100%

□

D



500 mm

L 128
W 253

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

10:20 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operator: N/PAIO/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%

Σ

D

□

510 mm

L 120
W 2103



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Raúl do Silva Santos

RECEITUÁRIO

laudo médico

Paciente com fratura de escápula
de direita (CID 962.0) há 26 dias um
+ tratamento com simetolizolam
quase. Paciente de 40 (quarenta) dias
de afastamento de suas atividades laborais
contar desta data

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

DATA 06/11/20

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Melo, 635 - Centro das Vistas
CEP: 69.201-150 - CNPJ 04.013.409/0001-00

Laudo Médico

Ronaldo Lima Santos, C.I 221639 SSP-RR, vítima de acidente de moto, conforme ficha de atendimento 3903172586 - de 11/10/2019 do P.S. Francisco Elbas.

Exame radiológico da clavícula direita revelou fratura de três níveis, sendo realizado tratamento conservador. Revisando evolui com deformidade pós-consolidação com encurtamento da clavícula direita, apresentando limitação para mobilidade (flexão, abdução e rotação) do membro superior direito, além de redução de força em cerca de 70%.

Conclusão: Sequela funcional permanente de membro superior direito.

Boa Vista, 03/01/2020


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Ronaldo Silva Santos

ASSIGNATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESERVA GERAL 221639

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/05/2008

NOME RONALDO SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO TAVELRA DOS SANTOS FILHO

NASCIMENTO MARIA DORTE SILVA SANTOS

NACIONALIDADE

DOC. CRIMINAL IMPERATRIZ - MA

CERTID. NASC. 35.664 FLS. 30 LIV. 40 A

CPF 7.18.118.972-53

2 VILA

Ass. de Classe Cópia de Assinatura

Director do IIC

DATA DE NASCIMENTO 05/05/1981

P 1

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Posição Direita



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

LOCAL DO NASCIMENTO

VARGEM GRANDE - MA

CERTID. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43

CPF 475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Poder Judiciário - Roraima

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

ASSIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito

Ronaldo Silva Santos

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 221639

DATA DE EXPIRAÇÃO 20/05/2008

NOME RONALDO SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO TAVES DOS SANTOS FILHO

NASCIMENTO MARIA ROSETE SILVA SANTOS

NACIONALIDADE IMPERATRIZ - MA

DOC. CORRENTE CERTO NASC 35.664 FLS 33 LIV 40 A

CPI IMPERATRIZ - MA

710.118.972-53

2 VIA

Ass. de Classe de Renda

Lei Nº 7.116 DE 20/06/83

Directivo 101100

P 1

DATA DE NASCIMENTO 05/05/1981

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORLÍO CRUZ

Posição direita

Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

1

REGISTRO GERAL

357035-5

28/01/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

RAIMUNDO NONATO SILVA

RELACION

VANGELINA PEREIRA SILVA

NACIONALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOC. CONJUGAL

CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

CPF

475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

DETRAN - RR Nº 011486468912
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DETTRAN - RB

011486468912

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	DOB-RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCICIO
01	00525322251		2015

NOME
EDUARDO MATEUS LEONEL

024.335.702-B0 N472869

PLACA ANT / UE	CHASSI
NAY2869 RR	9C2KCL1680CR492475

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
MOTOCICLETA/NAO APLT	ALCOOL/GASOL

TARCA / MODELO	VANSA / ANO	VALOR ESCRITO	VALOR MOD.
DA/CG150 FAN ESDI	2013	2014	

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	ODR PREDOMINANTE
0149CC/	PARTICU	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
PAGO	*RATU*	1*****

FAIXA LPVA	PARTICIPAÇÃO	COTAS	2	*****
PAGO COTA UNICA			3	*****

VALOR TARIIFARIO (R\$)	CEP	PEDIDO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	01010	2.01	28/06/2014

ED. ADM. DE CTG. NACIONAL HONDA LTD. &

ROIB SAIS DA AMAZ. OCID. *

LOCAL	DATA
A VISTA-RR	28/06/2014

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

BR Nº 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

www.dpvatSEgurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	28/06/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
024.335.702-80		NAY2869

RENAVAM	MARCA / MODELO
00895728251	HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 9C2KC1680ER492475

PRÊMIO TARIFARIO

INS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04	R\$14.34	R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
R\$4.15	R\$1.11	R\$292.01

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	28/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.Seguradoralder.com.br

CONTRIBUTOR INFORMATION

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011486468912
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD RENAVAM 00595720251 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME
EDUARDO MATEUS LEONEL

UF
PR

CPF / CNPJ 024.335.702-80 PLACA NAY2869

PLACA ANT. UF NAY2869 RR 902KC1680ER492475

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
FAS/MOTOCICLETA/NAO REPTO ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

CAP. POT. CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0149CC/ PARTICU PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1*****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO COTAS
2*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$4.15 R\$1.11 R\$292.01 28/06/2016

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM.VEICULO NACIONAL HONDA LTD *
PROIB. SAIR DO AMAZ. UCID *

LOCAL DATA
BOA VISTA-RR 28/06/2016

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

RR Nº 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 28/06/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 024.335.702-80 PLACA NAY2869

RENAVAM 00595728251 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. COTA UNICA Nº CHASSI
2013 902KC1680ER492475

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENF (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04 R\$14.34 R\$143.38


CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
R\$4.15 R\$1.11 R\$292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 28/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.Seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

CPF: 710.118.972-53

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2019

Titular do CPF: RONALDO SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020

Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA

CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do acidente: 11/10/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame físico: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do acidente: 11/10/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame físico: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SILVA SANTOS **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO SILVA SANTOS **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RONALDO SILVA SANTOS
NACIONALIDADE: _____ RG: 221639 ESTADO CIVIL: _____
RUA: 07 de Setembro CPF: 710.118.922-53 Nº 181 ENDEREÇO: RUA/AV, _____
BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA /RR _____
CEP: 69.313.188

VÍTIMA: RONALDO SILVA SANTOS
CPF: 710.118.922-53 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Emprego, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 07 de Novembro de 2019
Ronaldo Silva Santos
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório de 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Azeite Verde, 4307 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (067) 3627-4100
daniel.aquino@cartorioquero.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de RONALDO SILVA SANTOS

Em testemunho da verdade, BPO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 07 de novembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portalcartorio.com.br
REC-FIR 168296NN6278T6R6Y6FM65

Emolumentos: R\$ 7,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 9,50

Larissa
Larissa Petrona da Silva
Escritor Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RONALDO SILVA SANTOS
NACIONALIDADE: _____ RG: 221639 ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
CPF: 710.118.922-53 ENDEREÇO: RUA/AV, Nº 181
BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69 317 188

VÍTIMA: RONALDO SILVA SANTOS
CPF: 710.118.922-53 DATA DO ACIDENTE: 1/1/
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 07 de Novembro de 2019

Ronaldo Silva Santos
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

CPF: 710.118.972-53

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416950/19

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

CPF: 710.118.972-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

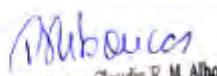
Número do Sinistro: 3200006673
Nome do(a) Examinado(a): Ronaldo Silva Santos
Endereço do(a) Examinado(a): 99114-4021, 181 Casa
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-188
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 221639
Data local do acidente: [11/10/2019]
Data local do exame: [13/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA CLAVÍCULA D
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019
Complicações: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006673

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006673

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006673

Vítima: RONALDO SILVA SANTOS

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RONALDO SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000000014196-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

710.110.972-53

4 - Nome completo da vítima:

RONALDO SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

RONALDO SILVA SANTOS

7 - Profissão:

RECUSOU

8 - Endereço:

RUA 07 de Setembro

6 - CPF:

710.110.972-53

11 - Bairro:

ALVORADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

181

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

monato.silva.638@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-108

16 - Tel. (DDD):

(95) 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 00014196

3

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civ)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista 15/11/19

* Raimundo Silveira Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Raimundo Nonato Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

710.118.972-53

RONALDO SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

RONALDO SILVA SANTOS

710.118.972-53

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

RECUSOU

RUA 07 de Setembro

181

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

ALVORADA

BOA VISTA

RR

69.317-108

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

ronaldo.silva.638@gmail.com

(951) 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00014196 3

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 03/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19 Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/11/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Dos Garimpeiros
Complemento: Cruzamento com a Rua Santa Maria
Ponto de Referência: Supermercado Gavião
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Equatorial

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Imperatriz Sexo: Masculino Nasc: 05/05/1981
Profissão: Repositor Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: 07 de Setembro Nº: 181
Complemento: Apartamento
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 024.335.702-80	Placa NAY-2869
Renavam 00595728251	Número do Motor KC16E8E492475
Número do Chassi 9C2KC1680ER492475	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Ronaldo Silva Santos		Possuidor	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matr. 042000908
Responsável pelo Atendimento


Ronaldo Silva Santos
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) 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."



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

570818

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19 Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/11/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Dos Garimpeiros
Complemento: Cruzamento com a Rua Santa Maria
Ponto de Referência: Supermercado Gavião
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Equatorial

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB) Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Imperatriz Sexo: Masculino Nasc: 05/05/1981
Profissão: Repositor Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: 07 de Setembro
Complemento: Apartamento
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

Nº: 181

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 024.335.702-80

Placa NAY-2869

Renavam 00595728251

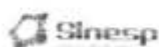
Número do Motor KC16E8E492475

Número do Chassi 9C2KC1680ER492475

Ano/Modelo Fabricação 2014/2013

Cor PRETA

UF Veículo Roraima



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/11/2019 11:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

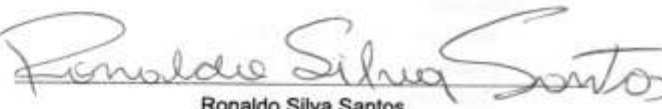
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Ronaldo Silva Santos		Possuidor	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1		Proprietário, Possuidor	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento


Ronaldo Silva Santos
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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 daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação 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:

☐ DAVIS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nome completo do segurado:

CPF do segurado: **210.118.932-53**

Nome completo da vítima: **Ronaldinho Silva Santos**

3 - Nome completo:

Ronaldinho Silva Santos

7 - Profissão:

Recusado

8 - Endereço:

RUA 02 de Setembro

9 - CEP:

210.118-932-53

10 - Bairro:

Alvorada

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-100

15 - Telefone:

Memorizadora 638 @ Guarani

16 - Telefone:

(95) 199114021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR PARA VITIMAS MENORES DE 18 ANOS OU INCAPAZES COM CURADOR)

17 - Nome completo do representante legal:

18 - CPF ou Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA: Declaro, para todos os fins de direito, resguardar a integridade financeira, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDAS

☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (para quem tem a conta poupança, não há mais opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (345)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (para quem não tem)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3106

CONTA:

0001496

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

21 - Autorizo a Seguradora Lider a efetuar a conta bancária informada, com a devida responsabilidade, o valor da indenização/resgate do Seguro DPVAT e o que lhe for devido, reconhecendo e dando, desde já, o presente após a verificação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - INVESTIMENTO SÓCIO PARA COERÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do IML (Instituto Médico Legal) para COERÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE.

- Não há laudo que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- O IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência, não realizou perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido.
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido.

Solicito a presença, dentro do prazo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, para a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, em um relatório a análise médica presencial, caso necessário, as causas e a extensão da incapacidade e a quantificação das lesões sofridas, nos termos da declaração de acidente de trânsito causada por veículo de terceiros, conforme o disposto no artigo 299 do Código Penal.

Declaro que esta autorização não significa prejuízo correlacionado com a futura avaliação médica em função do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE UNIDADE BENEFICÁRIA - PRESENCIA DO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grande Beneficiário com a vítima:

24 - Vítima debruço com a vítima:

25 - Vítima debruço com a vítima:

26 - Vítima debruço com a vítima:

27 - Vítima debruço com a vítima:

28 - Vítima debruço com a vítima:

29 - Vítima debruço com a vítima:

30 - Vítima debruço com a vítima:

31 - Vítima debruço com a vítima:

32 - Vítima debruço com a vítima:

33 - Vítima debruço com a vítima:

34 - Vítima debruço com a vítima:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso tenha, a indenização do Seguro DPVAT, por morte, quando a vítima for declarada morta por qualquer autoridade competente, ainda que qualquer declaração de morte não seja a única e definitiva, desde que se apresentarem e comprovem a ocorrência da morte.

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista 02/10/2020

Ronaldinho Silva Santos

41 - Assinatura da vítima beneficiária (se houver):

Santos

42 - Assinatura do procurador (se houver):

Raimundo Nonato Silva

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

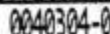
CLIENTE: RONALDO SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000014196-3

Nr. da Autenticação E6A860C2EDC525D3



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

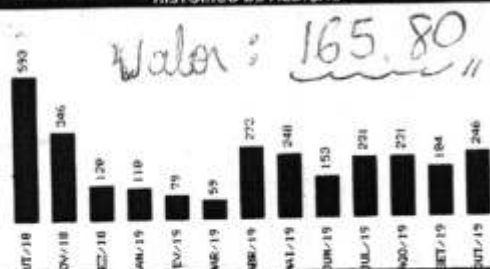
CFP: 69.317-188 - BOA VISTA**DESCRIÇÃO DA CONTA**

PUBLICA

Parcelamento: 65,20

Wizinho de Trás: 89,00

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO



Média 12 meses:



Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/11/2019 em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconstar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 08/11.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		
Energia:		Encargos:
Distribuição:	182,47	Tributos:
Transmissão:	48,33	
	0,00	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMC	DMCR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite								
Realizado	8,85	17,70	35,40	8,46	16,32	33,84	4,82	
Conjunta	8,68			8,36			4,76	
				Período de apuração:		06/2015		75,75

97 11 021 19 07 047889



SEU CÓDIGO

~~0040204-0~~

MÊS FATURADO

10/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

310 00

VENCIMENTO

06/11/2010

N° da Nota Fiscal:

223863938

83620000003 9 10990075000 0 00000000040 6 30401019008 6

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ena Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003663938

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\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	246	310,99

MARGARIDA MARIA JARDELINO VIGARIO

CPF: 00046548278004

R. 07 DE SETEMBRO 181 ALVORADA

CEP: 69.317-188 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34481	Atual: 19/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 34235	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 11E083942
Consumo medido: 246	Apresentação: 19/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 246	R: 11.001.19.07.067800	Modelagem: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	246 A R\$ 0,764602 = 188,09
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 07/19-00	0,08
CORR MONETÁRIA TCD IG 11/12	2,21
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00	1,75
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00	3,55
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,61
MULTA POR ATRASO 07/19-00	4,87
PARCELAMENTO DE DÉBITO 11/12	65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	3,49
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	42,14

Parcelamento: 65,20
Desconto de Trás: 80,00

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 246 - 0,634620	Valor: 165,80
Média 12 meses: 219	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 251,32

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/11/2019 em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconSIDERAR este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 03/11.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$									
Energia:		Encargos:		Base de Cálculo:		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Distribuição:		182,47	Tributos:	5,32	ICMS:		ALÍQUOTA		VALOR
Transmissão:		48,33		31,97	PIS:		17,00%		31,97
		0,00			COFINS:		0,000000%		0,00
							0,000000%		0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
DIC			FID			DMC		OICR	
Mensal Trimestral Anual			Mensal Trimestral Anual			Mensal		Mensal	
Limite									
Realizado			0,85	17,70	35,40	0,46	16,92	33,84	4,82
Conjunta			0,50	Período de apuração:			08/2019		75,79
DISTRITO									

R: 11.001.19.07.067800

FCV

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ena Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0040304-0

MÊS FATURADO
10/2019

Nº da Nota Fiscal:
003663938

TOTAL A PAGAR - R\$
310,99

VENCIMENTO
06/11/2019

MÊS/ANO: 07/2019	VENCIMENTO: 15/08/2019	MATRÍCULA: 00099358.1
------------------	------------------------	-----------------------

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

AGUA	0 M3	23.83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19.06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0.85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



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 2212 (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/BIBLIOTECASWEB/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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RONALDO SILVA SANTOS inscri-
(a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim
RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 conform
determinação da Circular Susep 445/12:
☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

Endereço		Número		Complemento	
Rua: 05		121			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471		
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

Boa Vista, RR de Novembro de 19
Local e Data

Raimundo NONATO SILVA
Assinatura do Declarante

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 2212 (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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RONALDO SILVA SANTOS inscri
(a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT: cobertura INVALIDEZ da Vitim
RONALDO SILVA SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 conform
determinação da Circular Susep 445/12:
☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Novembro de 19
Local e Data

Raimundo NONATO SILVA
Assinatura do Declarante



☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901172586 11/10/2019 09:15:53

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 10

Paciente **RONALDO SILVA SANTOS** Data Nascimento **05/05/1981** Idade **38 A 5 M 6 D** CNS **71011897253** CPF **71011897253** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **01/09/2009** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **APARDA** Naturalidade **BRASILEIRA**
Mãe **MARIA ODETE SILVA SANTOS** Pai **FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F** Contato **(95) 99167-5989**
Endereço **RUA - RIO GRANDE DO NORTE - 774 - ESTADOS - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **URGÊNCIA** Autorização **URGÊNCIA** Sis Prenatal **URGÊNCIA**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **TRANSPORTADO POR TER** Procedimento Sol. **TRANSPORTADO POR TER** Registrado por: **ERBEJONE.SIMPLICIO**

Queixa Principal **() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem **GSC TOTAL**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
TRAUMA CONTUSO NO OMBRO E COTOVELO @ PAVIAZ
ACIDENTE COM MOTOCICLETA (SIC)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIÓ-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

8 . NOV 2019
Certifico que o paciente apresenta
cópia e não tem o Original
que foi enviado para este Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: **Coronel**

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **erbejone.simplicio**
Data Hora: **11/10/2019 09:16:42**

CIVIL Henrique R. da Silva
Esp. OCOC - 11/10/2019
CRM RR 18103

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1928/PR



1901172586

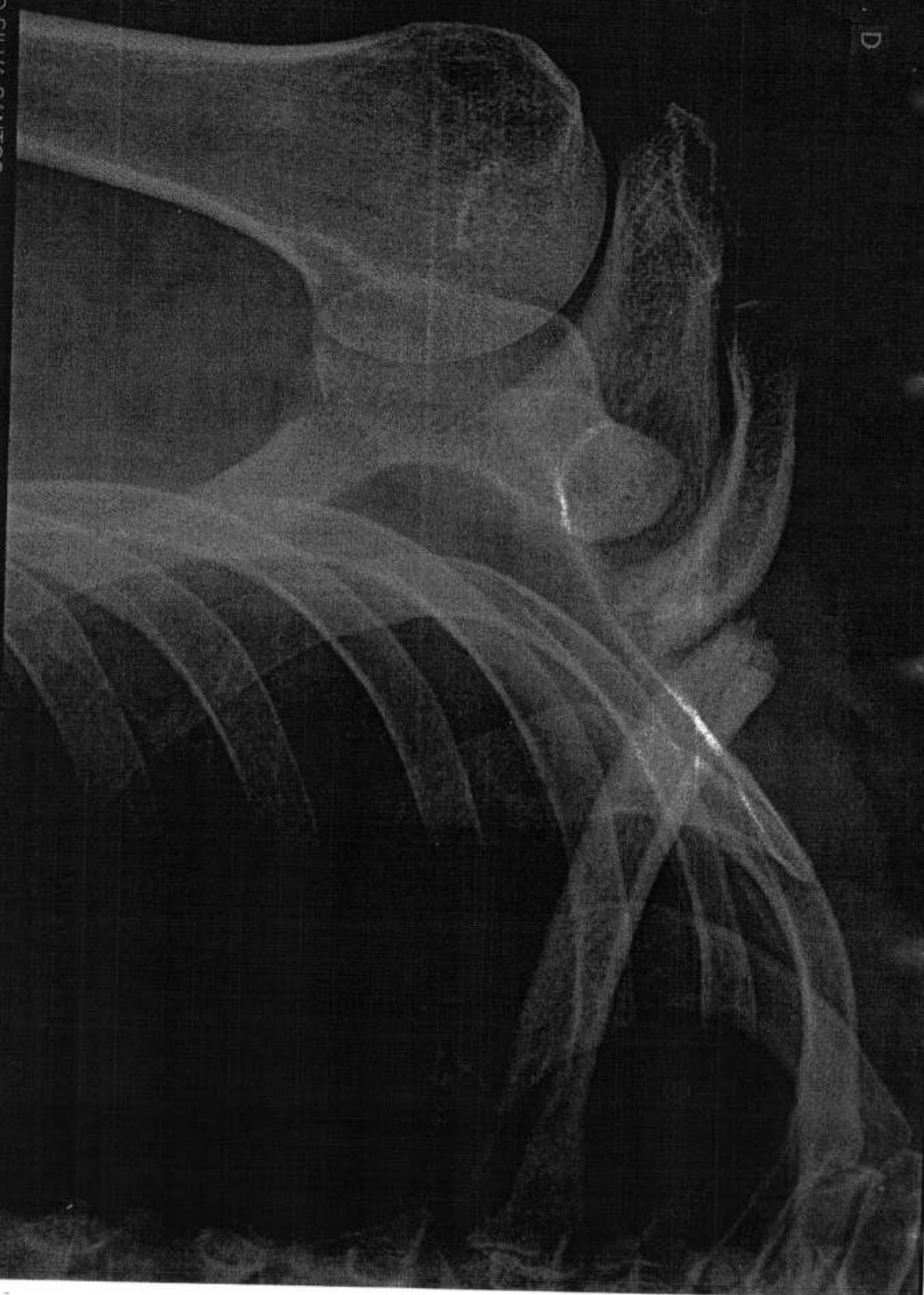
Vitor P.

Ft Clareira D

- CD mullgoir



D



RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2019

Cloudoaldo

121 3 %

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMURO

10/11/2019

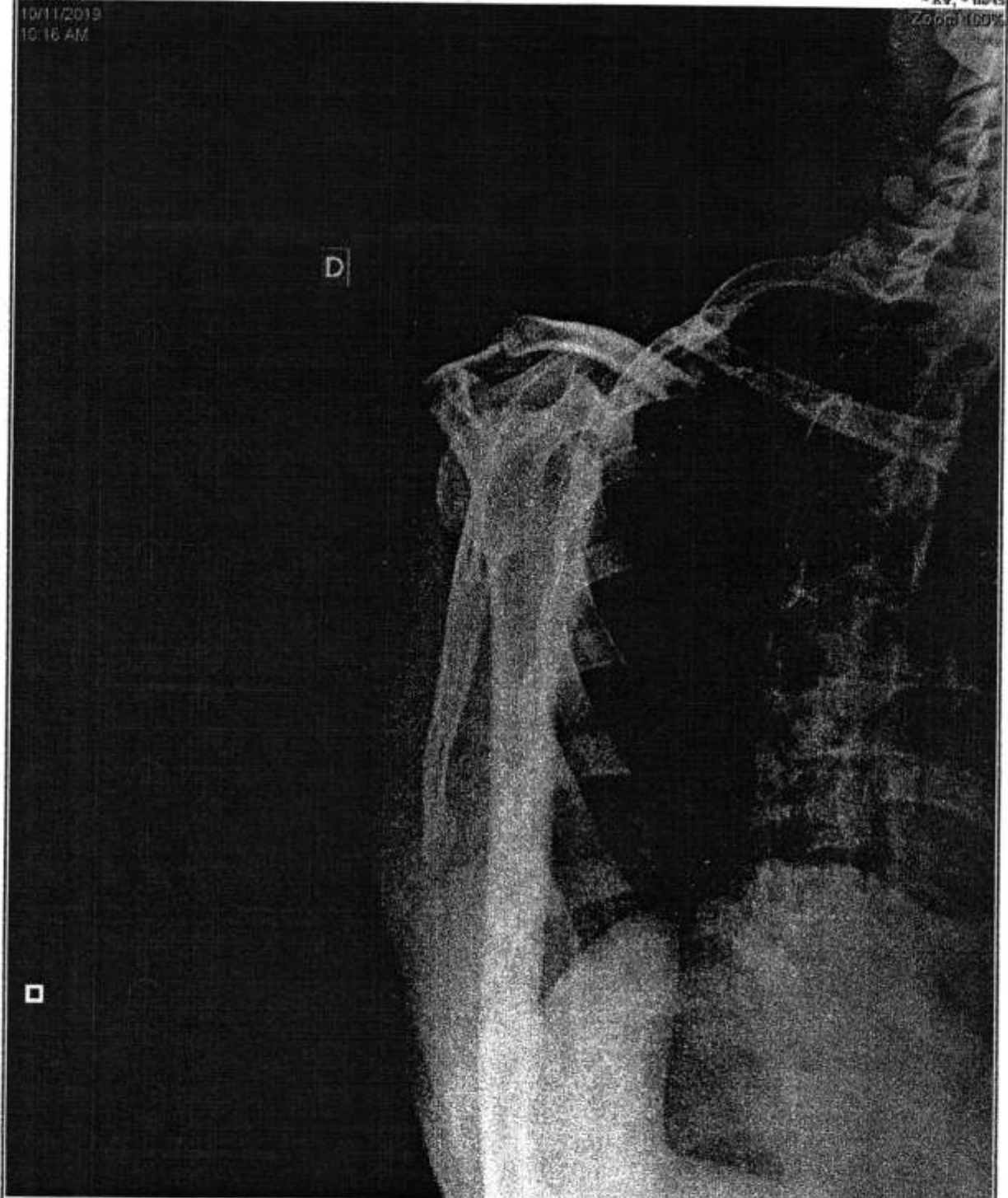
10:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator: NEXRAD/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SID mm

L 120

W 2100

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMB30

10/11/2019

10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator N°RAIOX/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SR0 mm

L 128
W 250

Not intended for official interpretation.

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMURO

10/11/2019

10:26 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator HGR/RAIO/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%

Σ

D

□

SID mm

L 120

W 2100



GOVERNO DO PARANÁ
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Raúl do Silva Santos

RECEITUÁRIO

Wounds Medical

Paciente com fratura de clavícula
deunite (CID 962.0) há 26 dias um
fracturante comodato com simetria
quase perfeita de (degrau) de
de fracturante de menor extensão da lesão
causar dano a ela

DATA 06/11/21

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 2007

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro das Vistas
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.405/0001-00