

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: 2722360020200522161828

Processo 0802245-07.2020.8.23.0010 ☆ - (119 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)
<div>Resões</div> <div>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div>					
<div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
36 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 36					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
36	22/05/2020 16:18:28	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	Procurador		
		36.1 Arquivo: Pedido de juntada	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público
		36.2 Arquivo: Anexo 2	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público
35	16/05/2020 00:01:49	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 15/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 32.	SISTEMA CNJ		
34	06/05/2020 09:38:29	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 33.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
			Procurador		
33	05/05/2020 18:03:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA		
			Analista Judiciária		
32	05/05/2020 18:03:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS) com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA		
			Analista Judiciária		
31	05/05/2020 18:03:19	JUNTADA DE LAUDO	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA		
			Analista Judiciária		
30	13/04/2020 21:34:57	JUNTADA DE CERTIDÃO	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA		
			Analista Judiciário		
29	12/03/2020 11:06:01	RENÚNCIA DE PRAZO DE RONALDO SILVA SANTOS (NOME CIVIL RONALDO SILVA SANTOS) Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020)	PAULO SERGIO DE SOUZA		
			Advogado		
28	10/03/2020 16:17:11	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: Mariângela Nasário Andrade habilitado até 08/06/2020 (90 dias)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA		
			Analista Judiciário		
27	09/03/2020 11:00:55	RENÚNCIA DE PRAZO DE RONALDO SILVA SANTOS (NOME CIVIL RONALDO SILVA SANTOS) Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020)	PAULO SERGIO DE SOUZA		
			Advogado		
26	09/03/2020 08:13:54	JUNTADA DE COMPROVANTE Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 17) em 11/02/2020 - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020). Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA		
			Analista Judiciário		
25	05/03/2020 12:37:21	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 17) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/02/2020 15:52:32). Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)	Martha Alves dos Santos		
			Oficial de Justiça		
24	28/02/2020 00:09:15	DECORRIDO PRAZO DE RONALDO SILVA SANTOS (NOME CIVIL RONALDO SILVA SANTOS) (P/ advgs. de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS) *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ		
23	17/02/2020 11:53:14	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
			Procurador		
22	17/02/2020 00:05:02	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 17/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ		
21	17/02/2020 00:04:04	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 17/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 11) EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 12.	SISTEMA CNJ		
20	15/02/2020 00:05:11	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 15.	SISTEMA CNJ		
19	14/02/2020 00:01:47	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)) em 13/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ		
18	12/02/2020 12:59:10	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 17) em 11/02/2020 15:52:32. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: Martha Alves dos Santos. Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS)	Greiciane Jin		
			Servidora Central de Mandados		
17	11/02/2020 15:52:32	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(06/02/2020 12:16:41). Natureza: Intimação. Parte: RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS). Identificador do Cumprimento: 0002	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA		
			Analista Judiciário		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			



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

Processo: 08022450720208230010

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

b.1 ☒ Parcial (dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar-se o dano é:

b.1.1 ☐ Parcial Completo (dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).


b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º, da Lei 6.194/74, com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anômico Marque aqui o percentual

1ª Lesão clavícula direita ☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intense

2ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intense

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

**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: VÍTIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelae permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelae: 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

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



Vitor B.

~~FT Clavícula~~

~~- CD anelgo cr~~

---



.D



RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2015

Claudioaldo

121 3 48



**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2015

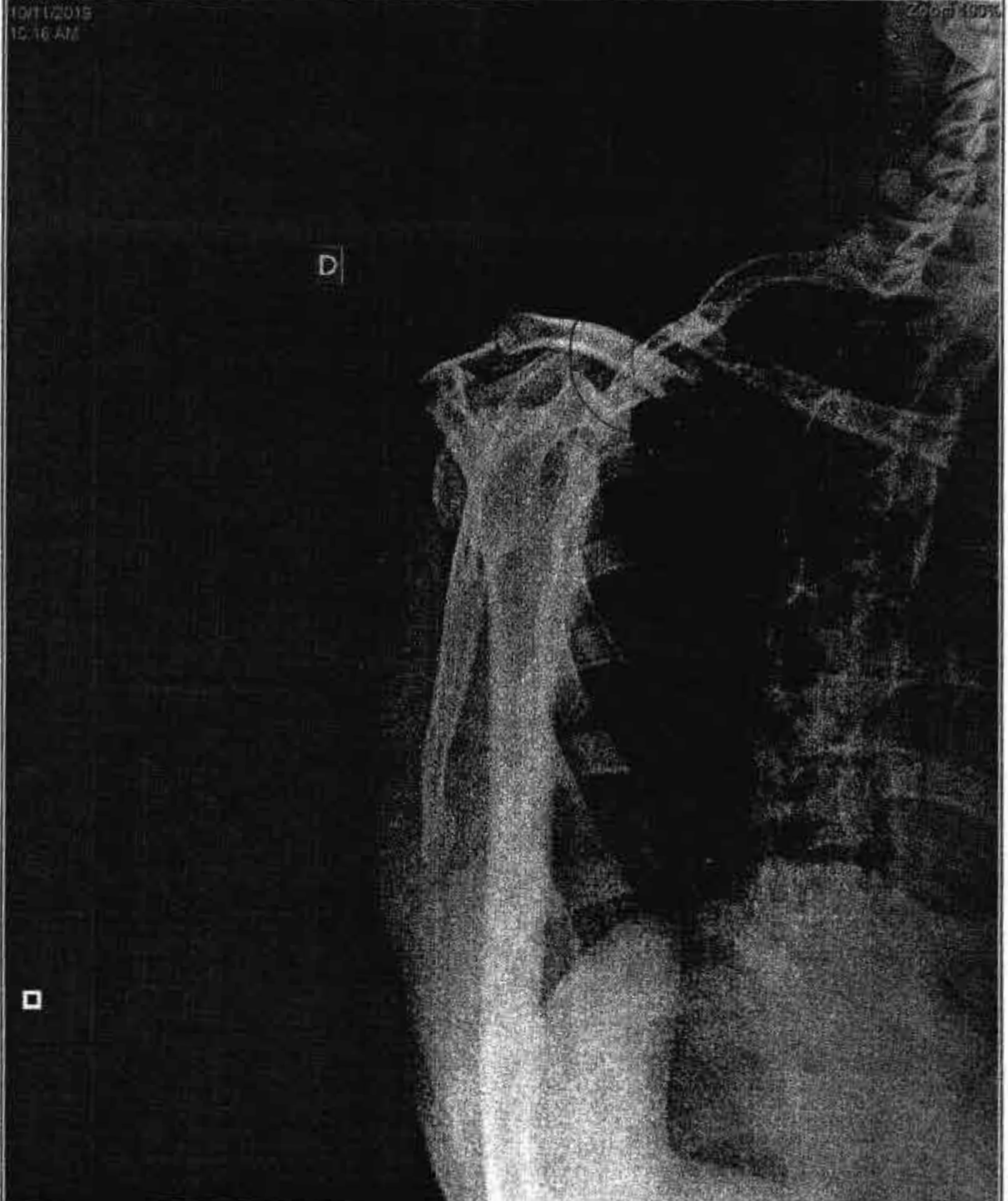
12:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator (DRAID) / Usuario

- kV, - mAs

22.00 100%



500 mm

L 125  
W 2193



**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

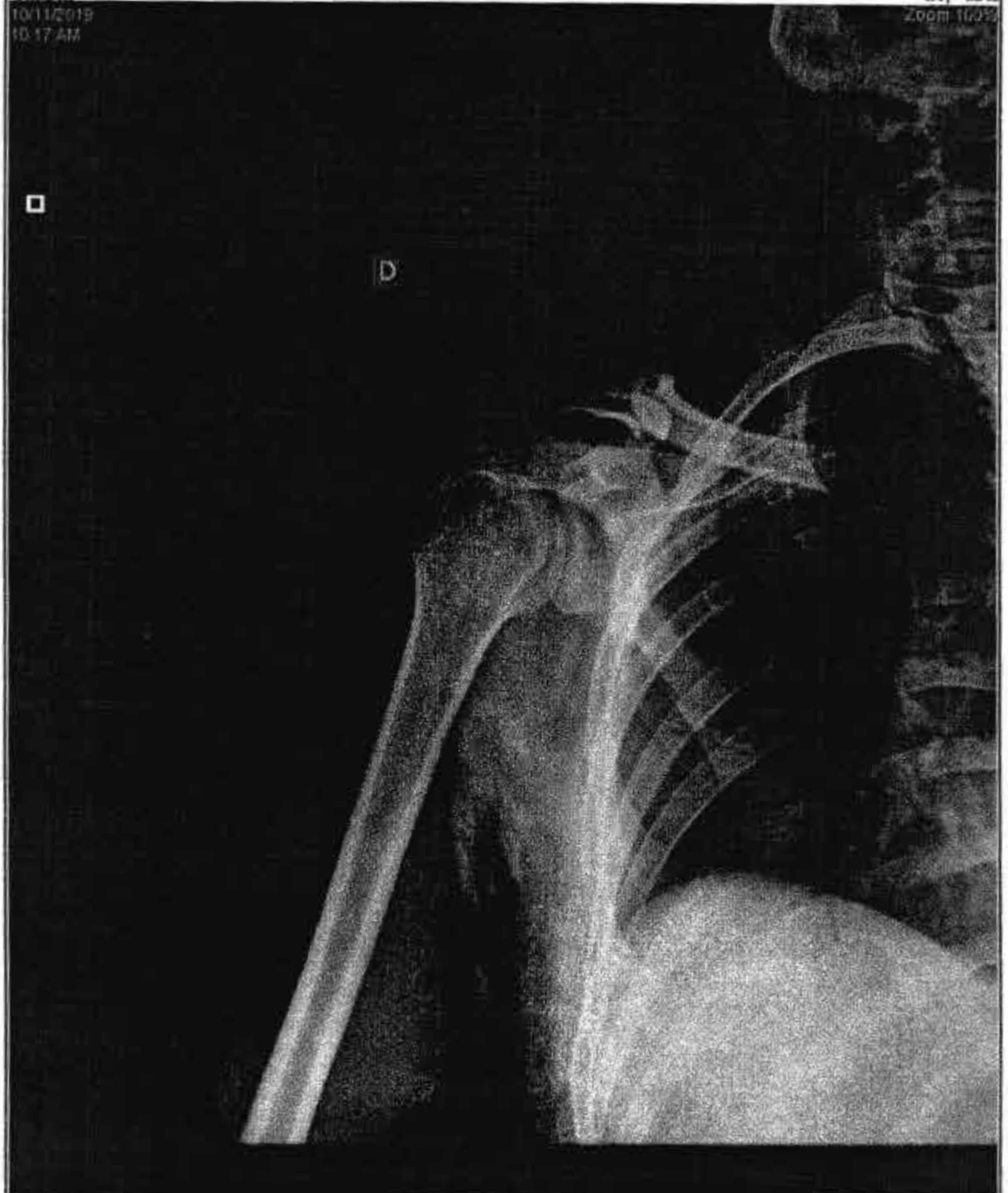
10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NOTRAIO/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



500 mm

L 128  
W 250

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

10:20 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator: DRAID/Juliano

- kV, - mAs

Zoom 100%

Σ

D

□

500 mm

L 120

W 2105



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

NOME:

Rauldo Silva Santos

RECIBUÍMOS

laudo médico

Paciente com fratura de clavícula  
de direita (CID 962.0) há 26 dias um  
traumatismo com deslocamento  
quase completa de 1/3 (dezesseis) dias  
de afastamento de suas atividades laborais  
contar desta data

DATA 06/11/21

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 2087

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pêlo, 835 - Centro das Vistas  
CEP 20.201-150 - CNPJ 14.013.405/0001-03

## Laudo Médico

Ronaldinho Lima Santos, C.I 221639 SSP-RR, vítima  
de acidente de moto, conforme ficha de atendimento  
1903172586 - de 11/10/2019 do P.S. Francisco Gilson.

Exame radiológico da clavícula direita revelou fratura  
de três terços, sendo realizado tratamento conservador.  
Revisando evoluiu com deformidade pós-consolidação com  
encurtamento da clavícula direita, apresentando limitação  
para mobilidade (abdução, adução 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 ODÔNTOCRUZ



Polegar Direito



*Ronaldo Silva Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 221639

Nome **RONALDO SILVA SANTOS**

FILIAÇÃO **FRANCISCO TAVELDA DOS SANTOS FILHO**

NOME DO Pai **WAGLE ROETE SILVA SANTOS**

NATURALIDADE **IMPERATRIZ - MA**

DOC. ORDEM **CERTO REG. 35.444 FLS. 30**

CPF **718.118.972-53**

2 VTL

LEI Nº 7.116 DE 24/06/83

Ass. do Chefe de Pol. de Armas  
Diretor PV ITOC

DATA DE NASCIMENTO **05/05/1981**

20/05/2008

2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polgar Direito



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR  
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

357035-5  
NOME  
RAIMUNDO NONATO SILVA

FILIAÇÃO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOIS CORRETORES

CERTID MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TELAMI  
Secretário de Estado da Segurança Pública

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RIOJANA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Ronaldo Silva Santos

AL. 25/05/1981

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO GERAL 221629

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/05/2004

NOME RONALDO SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO TAVES DA SILVA FILHO

MARIA DORETE SILVA SANTOS

NACIONALIDADE NATURALIZADA - BR

DOC. ORDEM CERTID. NASC. 35.644 FLS. 33 LTV. 46 A

CPF 718.118.972-53

2 VTL

Assinatura do Cliente

Assinatura do NCC

DATA DE NASCIMENTO 05/05/1981

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DOBLO CRUZ



Polgar direito



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 357635-5

DATA DE EMISSÃO

28/01/2016

NOME RAIMUNDO NONATO SILVA

PRIMEIRO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NOME DO PAI

VARGEM GRANDE - MA

DOIS ANOS E CINQUENTA DIAS  
CERTO MASC 7560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

CPF

475.628.463-91

3 VIA

APROBADO POR: *[assinatura]*  
PROFESSOR DE DIREITO

LEI Nº 7.116 DE 2006/33

P 7

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/09/1968

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

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

VIA 01 DOB RENAVAM 00595728251 R.N.T.R.C. 1 EXERCÍCIO 2015

NOME  
EDUARDO HATEUS LEONEL

024.335.702-80

PLACA  
NAY2869

PLACA ANT. UE  
NAY2869 RR

CHASSI  
9C2KC1680ER492475

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLETA/NAO APL. 15

ALCO/ GASOL

MARCA / MODELO

VAN. 1513 - 1014

HONDA/CG150 FAN ESDI

CAP. POT. / CL

CATEGORIA

OC. PREDOMINANTE

2P/0149CC/

PARTICU

PRETA

COTA ÚNICA

AVENC. CO. ÚNICA

VENC. / COTAS

1\*PAGDA

1\*PAGDA

1\*\*\*\*\*

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO COTAS

2\*\*\*\*\*

2\*PAGO COTA ÚNICA

3\*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

OP. 15

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

28/06/2014

AL FID. ADM. VEÍCULO NACIONAL HONDA LTD \*  
PROIB. SAÍDA DO PAÍS OBRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL

DATA

BOA VISTA-RR

28/06/2014

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  
024.3 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatSegurodotransito.com.br](http://www.dpvatSegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2015

28/06/2016

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

01 024.335.702-80

NAY2869

RENAVAM

MARCA / MODELO

00595728251

HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.

CAT. TAB.

Nº CHASSI

2013

9C2KC1680ER492475

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

INS (R\$)

CONTRATAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$129.04

R\$14.34

R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SERVIÇO PRÉ-SEGURO (R\$)

R\$4.15

R\$1.11

R\$292.01

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

28/06/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

[www.Seguradoralider.com.br](http://www.Seguradoralider.com.br)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 01 CDD RENAVAM 00595728251 RNTRC 02015

NOME  
EDUARDO MATEUS LEONEL

PLACA  
024.335.702-80

PLACA ANT / UF  
NAY2869 RR

CHASSI  
9C2KC1680ER492475

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
MOTOCICLETA / NAU SELIC ALCOOL GASOL

MARCA / MODELO  
HONDA/CG150 FAN ESDI

DATA DE REGISTRO  
2015-2016

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

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

FAIXA LPVA PAROQUIA DE NOTAS  
2\*\*\*\*\*

FAIXA LPVA PAROQUIA DE NOTAS  
3\*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 28/06/2016

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COTA UNICA DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 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

2015

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2015 28/06/2016

VIA 01 CPF / CNPJ PLACA  
024.335.702-80 NAY2869

RENAVAM 00595728251 MARCA / MODELO  
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2015 Nº CHASSI  
9C2KC1680ER492475

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$) DENATRAM (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 SEGURO (R\$)  
R\$4.15 R\$1.11 R\$292.01

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

SEGURODPVAT

AL: FID. ADM. VEICULO NACIONAL HONDA LTD \*

PROIB. SAIR DO PAÍS OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

BOA VISTA-RR LOCAL DATA  
28/06/2016

SEGURODPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.Seguradoralider.com.br

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

# 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

**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](http://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

# 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: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
RG: 221639 CPF: 710.118.922-53 ENDEREÇO: RUA/AV, RUA 07 de Setembro, 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 Imobilidade, 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.



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: RONALDO SILVA SANTOS  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
RG: 221639 CPF: 710.118.922-53 ENDEREÇO: RUA/AV, Nº 181  
RUA 07 de Setembro  
BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA /RR  
CEP 69 317 188

VÍTIMA: RONALDO SILVA SANTOS  
CPF: 710.118.922-53 DATA DO ACIDENTE: / /  
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.



# 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](http://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](http://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"<br/>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/>(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):<br/><b>OMBRO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 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  
ROE: 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

69.317-188

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

memato.silva.638@gmail.com

(95) 991194021

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 (no 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 (ainda não nasceu)? ☐ 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

Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 15/11/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Raimundo Renato Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# 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: 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

69.317-188

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\$1.000,00 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: 3106 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 (ou 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)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RAIMUNDO NONATO SILVA



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) Bairro: Equatorial  
Logradouro: Dos Garimpeiros  
Complemento: Cruzamento com a Rua Santa Maria  
Ponto de Referência: Supermercado Gavião  
Tipo do Local: Via Pública

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

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

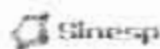
Nacionalidade: Brasileira

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	Melo 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(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-Denunciação 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

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

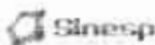
Número do Motor KC16E8E492475

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

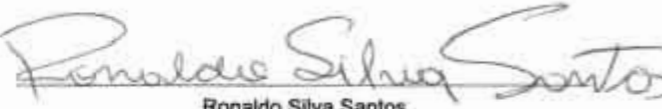
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Ronaldo Silva Santos		Possuidor	
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado?	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 a 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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# 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



Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0040304-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garças, 591 - 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 Imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 003863938

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo 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 JARCELINO VIGARIO

CPF: 00046548278384

R. 07 DE SETEMBRO 161 ALVORADA

CEP: 69.317-198 - 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
Dia de consumo: 32	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1.000	Entrada: 17/10/2019	Número Medidor: 11EDB03942
Consumo medido: 246	Apresentação: 19/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 246	B: 11.001, 19.07.067888	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	246 A R\$ 0,764602 = 188,09
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00	3,28
CORR MONETARIA TCD (IG 11/12	2,71
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00	1,72
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00	1,00
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,64
MULTA POR ATRASO 07/19-00	0,64
PARCELAMENTO DE DEBITO 11/12	65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	2,00
ILUMINACAO PUBLICA	42,14

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

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ A 246 - R\$ 0,634628	Valor: 165,80
Média 12 meses: 218	

**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 02/11/2019 em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERAGA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsidear este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 100%.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
	<p>Energia: 182,47</p> <p>Distribuição: 48,33</p> <p>Transmissão: 0,00</p> <p>Encargos: 5,32</p> <p>Tributos: 31,97</p>	<p>Base de Cálculo: 188,09</p> <p>ICMS: 17,00% 31,97</p> <p>PIS: 0,00000% 0,00</p> <p>COFINS: 0,00000% 0,00</p>
INDICADORES DE CONTINUIDADE		
	DIC	FIC
	Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual
Limite		
Atualizado	8,85 17,78 35,48	8,46 16,92 33,84
Conjunta	0,68	Período de observação: 06/2019 16,79

R: 11.001, 19.07.067888

PCN

**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garças, 591 - 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:

003863938

TOTAL A PAGAR - R\$

310,99

VENCIMENTO

06/11/2019

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.002.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 360/13

Nº da Nota Fiscal: 003863938

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	246	310,99

MARGARIDA MARIA JARDILINO VIGARIO

CPF: 00045548278304

R. 07 DE SETEMBRO 181 ALVORADA

CEP: 69.217-186 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34481	Atual: 13/10/2019	Grupo/Subgrupo: 8
Anterior: 34235	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 16/11/2019	Ligação: 81
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 11EDB03942
Consumo medido: 246	Apresentação: 13/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 246	R: 11.001.19.07.007690	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	246 A R\$ 0,764602 = 188,09
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 07/19-00	0,00
CORR MONETÁRIA TCD (IG 11/12)	2,21
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00	1,75
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00	3,50
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,61
MULTA POR ATRASO 07/19-00	4,89
PARCELAMENTO DE DÉBITO 11/12	65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	3,49
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	42,14

Parcelamento: 65,20  
Juros de Mora: 80,00

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



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

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 resultar 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 desconstruir este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 08%.

LIGUE 0800701920 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	Encargos:		
Distribuição: 182,47	Tributos: 5,32		
Transmissão: 48,33			
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor	
ICMS: 188,09	PIS: 17,00%	31,97	
	COFINS: 0,000000%	0,00	
		0,00	
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC		FIC	
Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Limite			
Realizado	8,85 17,70 35,40	8,45 16,92 33,84	4,82
Conjunto	8,53	Parcela de apuração: 06/2019	
DISTRITO		06/2019	

R. 11.001.19.07.007690  
RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.002.022-3

SEU CÓDIGO  
0040304-0  
MÊS FATURADO  
10/2019  
TOTAL A PAGAR - R\$  
310,99  
VENCIMENTO  
06/11/2019  
Nº da Nota Fiscal:  
003863938

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.	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		0,65

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



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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 710.118.932 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítim  
RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.932 / 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



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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de 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 inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima RONALDO SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 conforme 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





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.

11/10/2019 09:15:53

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: CPF: 71011897253 Prontuário:  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: 01/09/2009 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(RAÇA) Raça/Cor: IMPERATRIZ - MA Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: MARIA ODETE SILVA SANTOS Pai: FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F (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: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:  
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER Procedimento Sol.: 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 @ PARKING  
Acidente com motocicleta (sic)  
Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ PTA ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

EXEMPLO DE ASSINATURA  
Av. BRG. Ed. 1110 - 1110, S/N  
8. NOV 2019  
Certificação: Esta cópia é verdadeira e fiel ao Original  
que foi apresentada neste 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

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

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1928/PR

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1928/PR



1901172586

Vitor B.

Ft. Clavé D

- CD muller e

---



D



RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2019

Citoidoaldo

121 3 %

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

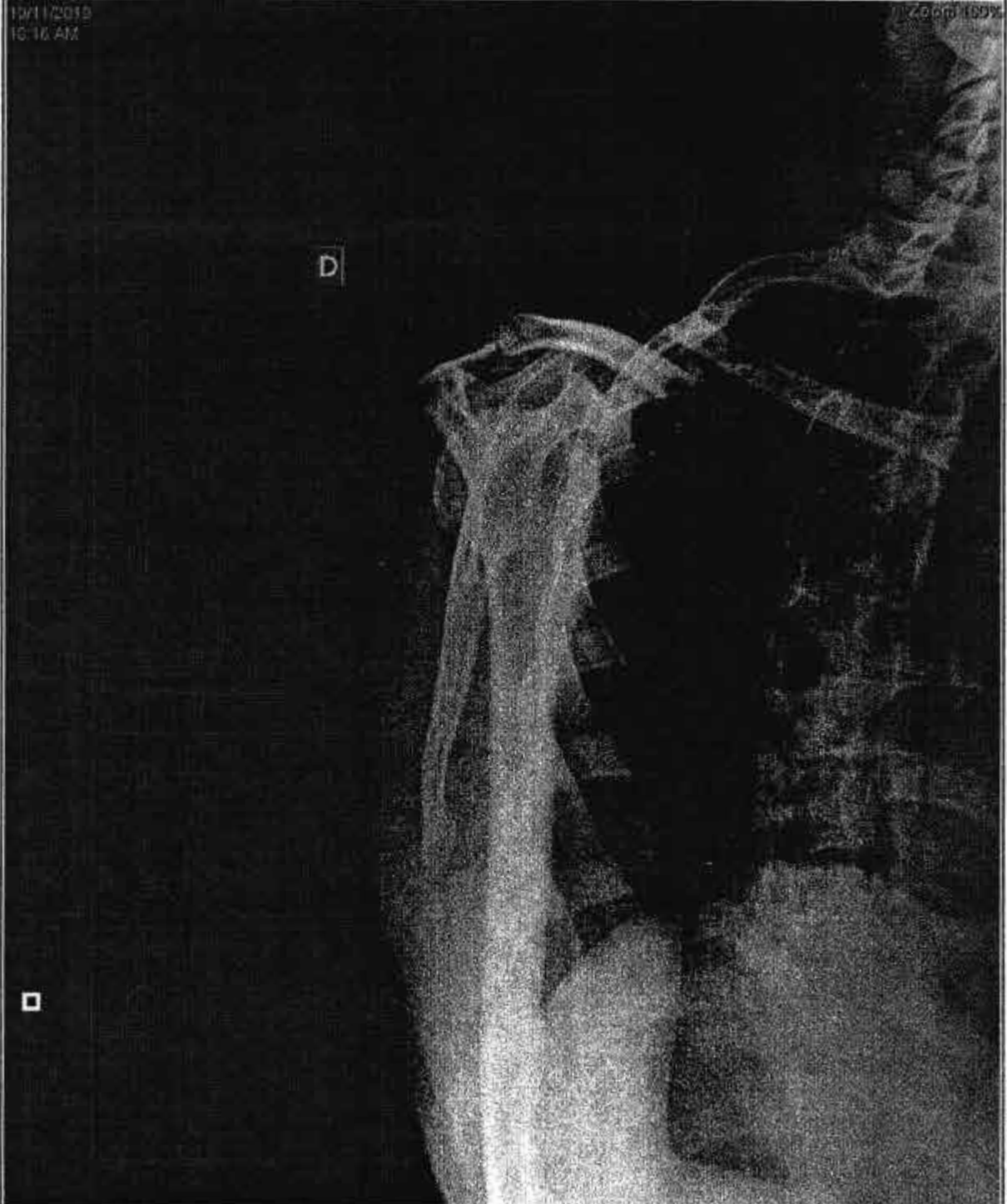
10:16 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operator: RXRAIO/Usuario

- kV - mAs

Zoom: 100%



SID mm

L 129  
W 255

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2019

10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NORAID/Ausuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SRD mm

L 128  
W 2185

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMERO

10/11/2018

10:20 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator: IUDRAIO/Usuario

kV, - mAs

Zoom 100%

Σ

D

□

510 mm

L 120  
W 200



GOVERNO DO 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 clavícula  
diurita (CID. S62.0) há 26 dias em  
tratamento com amolizol  
quase curada. Paciente de 26 (dezoito) dias  
de afastamento de suas atividades laborais  
causas 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, 630 - Centro das Vistas  
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.408/0001-08