

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:
2631890420200211154600

Processo 0800114-96.2020.8.23.0030 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar
Movimentos
de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro
MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar
Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem
Arquivo

☐ Hab.
Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1

Seq.

Data

Evento

Movimentado Por



12

11/02/2020 15:46:00

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO
DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

12.1 Arquivo: Petição

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2693276CONTESTACAO01.pdf

Público

12.2 Arquivo: DOCS

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2693276CONTESTACAOAnexo021.pdf

Público

12.3 Arquivo: DOCS

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2693276CONTESTACAOAnexo022.pdf

Público

LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A) em 10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis
*Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO
EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 9.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

(Pelo advogado/curador/defensor de GLEIDE SOUSA MARTINS) em
10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6)
PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao
evento de expedição seq. 8.

Wallyson Barbosa Moura
Advogado

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. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)

DAVID ADAN SANTA BRIGIDA
PEIXOTO
Analista Judiciário

EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Para advogados/curador/defensor de GLEIDE SOUSA MARTINS com
prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO
DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)

DAVID ADAN SANTA BRIGIDA
PEIXOTO
Analista Judiciário

HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Perito Oficial: Rogerio Leonardo de Paula Dias habilitado até 09/05/2020
(100 dias)

DAVID ADAN SANTA BRIGIDA
PEIXOTO
Analista Judiciário
EVALDO JORGE LEITE



6

29/01/2020 15:30:52

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

Magistrado

5

29/01/2020 11:18:32

CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

SISTEMA CNJ

4

29/01/2020 11:18:32

RECEBIDOS OS AUTOS

SISTEMA CNJ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR

Processo: 08001149620208230030

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **GLEIDE SOUSA MARTINS**, 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 **05/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 26/04/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Cumpre mencionar a ausência de nexo causal entre o suposto acidente e as lesões alegadas haja vista que o autor não apresenta boletim de primeiro atendimento médico e qualquer comprovante de acompanhamento ou tratamento médico que consubstancie a alegada invalidez permanente.

Ademais, também é importante mencionar que o boletim de ocorrência, além de ter sido elaborado após dias do suposto sinistro, celebrado de forma declaratória e unilateral pela própria comunicante, ora autora, sem a presença de testemunhas, também não contem a assinatura do responsável pelo registro.

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, *ipsis literis*:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – contiver pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Conforme observa-se abaixo, o boletim de ocorrência foi elaborado sem a assinatura da autoridade policial responsável pelo documento:

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 012747/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Gleide Sousa Martins
(Comunicante / Vítima)

*Oboletim de ocorrência é o documento que contém as informações sobre o fato ocorrido e o nome do responsável pelo atendimento. Oboletim de ocorrência é o documento que contém as informações sobre o fato ocorrido e o nome do responsável pelo atendimento. Oboletim de ocorrência é o documento que contém as informações sobre o fato ocorrido e o nome do responsável pelo atendimento.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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, CPC¹.

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.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

¹“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)

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

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 citação⁴.

²RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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 ação⁵

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.

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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,

⁵ **art. 1º. (...)**

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

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,

MUCAJAI, 4 de fevereiro 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 cursam 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 **GLEIDE SOUSA MARTINS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MUCAJAI**, nos autos do Processo nº 08001149620208230030.

Rio de Janeiro, 4 de fevereiro 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.

1901093793

05/04/2019 19:48:00

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 6

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
	15/09/1984	34 A 6 M 20 D	898002725030279	85704865291	00157591
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	226690	SESP/RR	13/04/2000	F	UNIAO
Mãe					PARDA
CLEUDES VIEIRA DE SOUSA					ARAGUATINS - TO
Endereço					BRASILEIRA
RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR					Contato
					(95) 99143-8669
					Ocupação
					NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				
					Registrado por:
					EDILEUDA.SOUZA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queda de moto

Anamnese de Enfermagem

Nega alergias

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 19:48 h) Paciente trazida pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical, refere dor em face (D), coxa (D) e tornozelo (D). A tentativa de retirar o colar, referiu dor em região nuchal.

Colar cervical mantido - SAMU fez 1g de dipirona e 40mg de Temerixam

Exame Físico

REG, LOTE, aa, pupilas isocóricas e fotoreagentes

Dor à mobilização passiva e limitação de movimento de tornozelo (D)

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

- 1 Dipirona 1g EV
- 2 Hidrocortisona 100mg EV
- 3 Sol. av. da Boca

3x150



Conduta

- ☒ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

- ☐ 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

Dra. Adelle Grazi Costa
 Médico Residente
 Garimbo e Assinatura do Médico
 CRM/RR 1988

Impresso por: edileuda.souza
 Data Hora: 05/04/2019 19:49:18





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.

1901093793 05/04/2019 19:48:00 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 6

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF 07 Prontuário
GLEIDE SOUSA MARTINS 15/09/1984 34 A 8 M 2 D 898002725030279 85704865291 00157591
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 226690 SESP/RR 13/04/2000 F UNIAO PARDA ARAGUATINS - TO BRASILEIRA
Mãe Contato
CLEUDEZ VIEIRA DE SOUSA FRANCISCO CLETO MARTINS (95) 99143-8669
Endereço Ocupação
RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA

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 DEMANDA ESPONTANEA EDILEUDA.SOUZA

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)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ 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: cassia.andrade
Data Hora: 17/05/2019 16:29:02

0.2019
0010101 - Sistema em Português
Rev. 4.2.2019 - 15/05/19



1901093793

Ab. Blue Note.

Wolfram trial, Schiedel te., System de fihue ammelvedere
de luter. ⑦. Schiedel Plakolier um in Birsten.





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



00157591

CADASTRO DE PACIENTE

Paciente: **GLEIDE SOUSA MARTINS** Prontuário: **00157591** Localização:
Data de Nascimento: **15/09/1984** Idade: **34 A 8 M 2 D** Sexo: **FEMININO** CPF: **857.048.652-91** C.N.S.: **898002725030279**
Documento: **IDENTIDADE** Número: **226690** Orgão Emissor: **SESP/RR** Emissão: **13/04/2000** Parceiro: **NÃO**
Estado Civil: **UNIAO ESTAVEL** Cônjuge:
Raça/Cor: **PARDA** Etnia: Escolaridade: **ENSINO MEDIO COMPLETO**
Nacionalidade: **BRASILEIRA** Naturalidade: **ARAGUATINS - TO**
Mãe: **CLEIDES VIEIRA DE SOUSA** Ocupação: **NÃO INFORMADA**
Pai: **FRANCISCO CLETO MARTINS**
Endereço: **RUA: JOSE QUEIROZ Nº: 1943 Compl: Bairro: BURITIS Cidade: BOA VISTA - RR CEP: 69309207**
Contatos - Residencial: Trabalho: Cel1: **(95) 99143-8669** Cel2: **(95) 99143-8671**
e-mail: Data do Cadastro: **26/03/2009 00:00:00** Alterado em: **05/04/2019 19:48:31**





ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Sousa
Martins

foi atendido no ☒ Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (☐ UNACON,
no dia 05 / 04 / 19 às 20 : 00 horas.

O mesmo:

(☐) Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento .

☒ Necessita de três (03) dia (s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

05 / 04 / 19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Dr. André Gai Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima ,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



GOVERNO DE RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Sousa Martins

DETADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

NECESSITA DE 07 (Sete) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

DATA 5.02.19

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da França Acioly
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
RGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome: <u>Gleide Souse martins</u>		Data de Nascimento: <u>15/03/84</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Jose Queiroz</u>		Nº: <u>1943</u>	
Complemento: <u>01</u>	Bairro: <u>Benedito</u>		
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69308-207</u>	
Sexo: ☐ Masc ☒ Fem.		Doc. Inscrição (Nº e Série):	
Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Desquitado/Divorciado ☐ Viúvo		Tem outra atividade com vinculação à previdência social? ☐ Sim ☒ Não	

Assinatura: _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: <u>Gilce O. Pinto - ME</u>	Nº CNPJ: <u>34812305/0001-10</u>
Endereço: <u>Travessa B</u>	Nº: <u>89</u>
Complemento:	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69301-225</u>
Último dia de trabalho do segurado: <u>05/04/2018</u>	Afastado por: ☒ Doença ☐ Acidente do trabalho ☐ Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<u>afatke glce</u>	<u>2014</u>		

Localidade: <u>Boa Vista</u>	Data: <u>16/04/2018</u>
------------------------------	-------------------------

Gilce O. Pinto
Assinatura do responsável pelo requerimento

34.812.305/0001-10
Gilce O. Pinto - ME

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

Travessa B, Nº 89 - Centro
CEP: 69.301-225
BOA VISTA/RR



GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

TESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Souza
Martins
PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÓME _____ NECESSITA DE 30 (trinta) DIAS
DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
C.U. S.024

Bom Visto RR 16 de Abril de 2019

Roberto da França Acioli
Cirurgião Buco Maxilo Far.
Ortodontista
(CRO-RR 241)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.601, DE 14/08/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome: <u>Cláudia Souza Martins</u>		Data de Nascimento: <u>15/08/84</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua José Queiroz</u>		Nº: <u>1943</u>	
Complemento: <u>01</u>	Bairro: <u>Bunitia</u>		
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69308-207</u>	
Sexo: ☐ Masc ☒ Fem.		Doc. Inscrição (Nº e Série):	
Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Desquitado/Divorciado ☐ Viúvo		Tem outra atividade com vinculação à previdência social? ☐ Sim ☒ Não	

Assinatura: _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: <u>Gilce O. Pinto - ME</u>	Nº CNPJ: <u>34812305/0001-10</u>
Endereço: <u>Travessa B</u>	Nº: <u>89</u>
Complemento:	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69301-225</u>
Último dia de trabalho do segurado: <u>05/04/2018</u>	Afastado por: ☒ Doença ☐ Acidente do trabalho ☐ Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<u>Galvão</u>	<u>2014</u>		

Localidade: <u>Boa Vista</u>	Data: <u>16/04/2018</u>
------------------------------	-------------------------

Assinatura do responsável e carimbo do CNPJ da Empresa

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

34.812.305/0001-10
Gilce O. Pinto - ME
Travessa B, Nº 89 - Centro
CEP: 69.301-225
BOA VISTA/RR



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: _____

PRONTUÁRIO Nº _____

DN: ____/____/____

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

Glândulas salivares aumentadas

06/06/16

Paciente vítima de acidente automobilístico
apresenta ferimento no queixo profundo, sem deslocação
do osso sem perda dos dentes. A lesão foi
aperta e realizada com uma atadura elástica.

O.D. 5034

Refugio da França Arroz
Cirurgião Bêta Maxilo Facial
Ortodontista
CRM 257



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 13213447276

Número do Benefício: 6276546287

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195960726

Ao Sr. (a): GLEIDE SOUSA MARTINS

Endereço: JOSE QUEIROZ 1943 APT 03, BURITIS

CEP: 69309207 Município: BOA VISTA

UF: RR

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/04/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/05/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/05/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 30/05/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 24 de Abril de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: BOA VISTA RR

CEP: 69301250 Município: BOA VISTA

Endereço: AV GLAYCON DE PAIVA, 132 PREDIO, CENTRO

UF: RR

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



GOV. DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO

Edicle Sousa Lourenço

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____

NECESSITA DE

15 Quinze

DIAS

DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

C.I.D. K06

Bu

28

de

19

Roberto da França Araújo
Cirurgião Buco Maxilo Fa.
Ortodontista
CRO-RR 257

SIGNATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

PM - CHO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO
PPPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIENTE DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

DECLARO QUE O USUÁRIO

Gleide Sousa Martins

DETENTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

SERIE

NECESSITA DE

07 (SETE) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

S.024

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da França Acioy
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 80.601, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Sousa
Martins

foi atendido no ☒ Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (; UNACON,
no dia 05 / 04 / 19 às 20 : 00 horas.

O mesmo:

- () Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento .
☒ Necessita de três (03) dia (s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

05 / 04 / 19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Dra. Arlette Gai Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Souza
Martins

DETENTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

RENIE _____ NECESSITA DE 30 (trinta) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

DI. 5.029

Bom Vista RR 16 de Abrel de 2019

Rodrigo da França Acioli
Cirurgião Buco Maxilo Far.
(Ortodontista)
(CRO-RR-257)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/08/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE AT À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Nome: Gleide Sousa Martins

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Genero: Feminino

Data do Exame: 03/07/2019

Documento:

Empresa:

Convênio:

Cargo:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Audiômetro: AD 229b

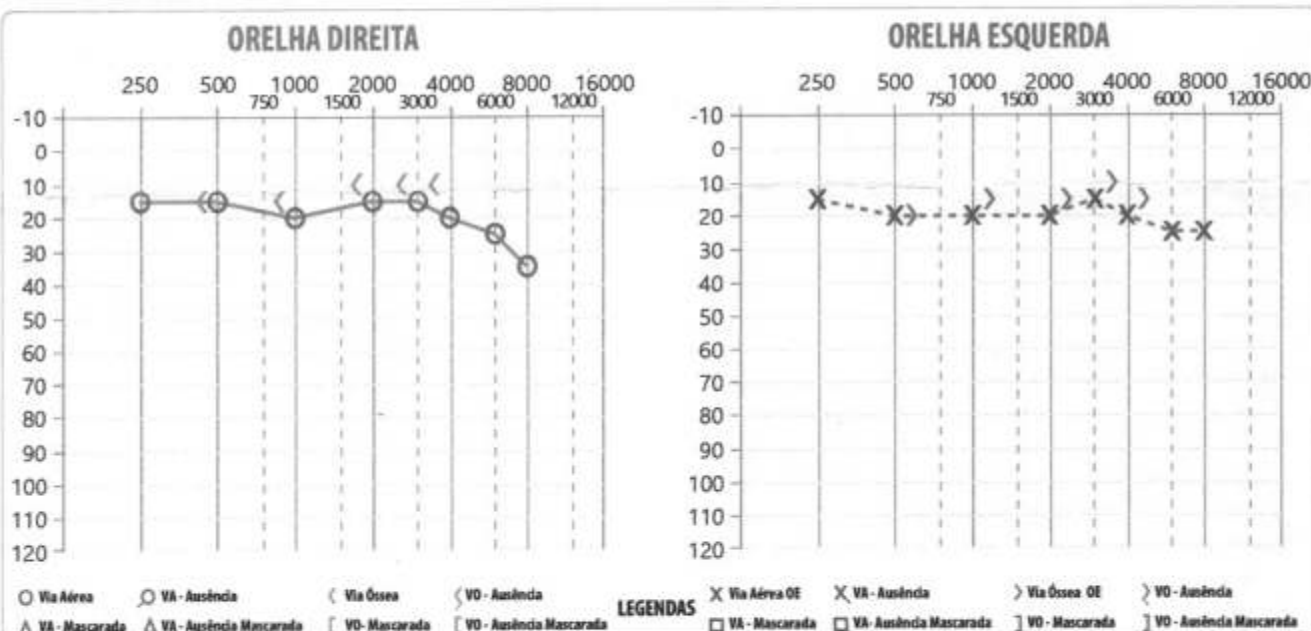
Aferido: 26/03/2019 - Imitanciômetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

MEATOSCOPIA

Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

AUDIOMETRIA: Tonal


ÍNDICE PERCENTUAL DE RECONHECIMENTO DE FALA		25 PALAVRAS FALADAS	
	INTENSIDADE	MONOSSILÁBICA	DISSILÁBICA
OD	55 dB	100 %	96 %
OE	60 dB	100 %	96 %

LIMIARES		
	OD	OE
LRF	20 dB	20 dB
LAF	dB	dB

MASCARAMENTO EM dB					
	VIA AÉREA		VIA ÓSSEA		LOGOaudiometria
	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	QUANTIDADE
OD	dB	dB	dB	dB	dB
OE	dB	dB	dB	dB	dB

PARECER AUDIOLÓGICO:

Paciente tem queixa de zumbido em lado direito há mais de 6 anos.

OBS: Audiometria realizada com estímulo "Warble", recomendado para casos de zumbido.

Limiares audiométricos normais bilateralmente, com queda para a frequência de 8000 Hz em orelha direita.

Grau de Perda Auditiva normal - Média 500, 1000 e 2000Hz (Lloyd e Kaplan);

Configuração Audiométrica descendente leve em orelha direita (Piora de 5 a 12 dB/oitava em direção às frequências altas) e horizontal em orelha esquerda. (Carhart, 1936);

Audiometria vocal normal em ambas as orelhas: Índice de Reconhecimento da Fala - IPRF (Jerger, Speaks e Trammell, 1968).

Taíssa Luna
 Fonoaudióloga
 CRFa 13329-1

Nome: Gleide Sousa Martins

Data do Exame: 03/07/2019

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Genero: Feminino

Documento:

Empresa:

Convênio:

Cargo:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Audiômetro: AD 229b

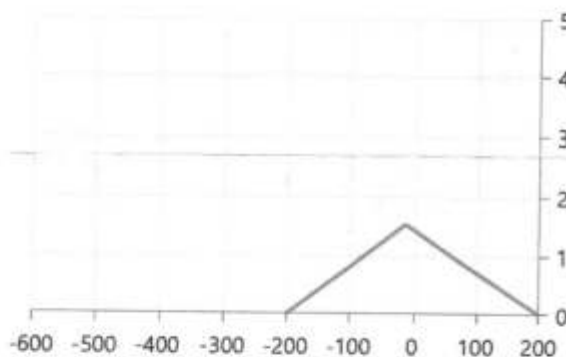
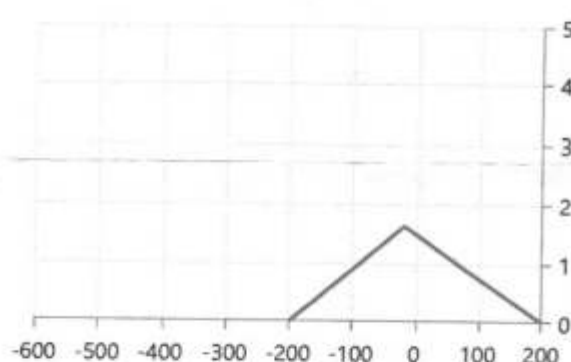
Aferido: 26/03/2019 - Imitanciômetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

MEATOSCOPIA

Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

ORELHA DIREITA
TIMPANOMETRIA
ORELHA ESQUERDA

 TIPO: **Ad**

 TIPO: **Ad**

Complância (ml):	Pressão Ouvido Médio (daPa)	Máximo Relaxamento (ml)	Complância +200 daPa (ml)	Complância Estática (ml)
ORELHA DIREITA	-12	1.5	0	1.5
ORELHA ESQUERDA	-18	1.6	0	1.6

Aferência Direita
REFLEXO ACUSTICO
Aferência Esquerda

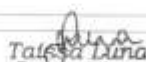
Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
15	100	85	100
20	95	75	100
15	100	85	105
20	100	80	100

FREQUÊNCIA
500 Hz
1.000 Hz
2.000 Hz
4.000 Hz

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
20	95	75	100
20	100	80	100
20	100	80	95
20	95	75	95

PARECER AUDIOLÓGICO:

Notas do Médico:


 Taíssa Luna
 Fonoaudióloga
 CRFa 13329-1

Nome: **GLEIDES SOUSA MARTINS**

Data: 02/08/2019 Idade: 34A

Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: RUI SOUZA

Cód. Pac.: 53460

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE E CRÂNIO

Protocolo:

Exame realizado com cortes tomográficos computadorizados axiais volumétricos, obtidos com técnica multi-slice.

Indicação:

- Cefaleia pós-trauma de face.

Relatório:

SEIOS DA FACE

- Discreto desvio do septo nasal, de aspecto sinuoso, dextroconvexo superiormente e levoconvexo inferiormente, com predomínio junto a junção osteocartilaginosa, associado a mínimo esporão ósseo tocando a concha nasal inferior respectiva.
- Seios paranasais apresentando aeração preservada.
- Unidades osteomeatais e recessos de drenagem dos seios paranasais pérvios.
- Conchas, cavidades e meatos nasais preservados.
- Canais dos nervos ópticos sem sinais de deiscência.
- Fossas pterigopalatinas, cavidades orbitárias e estruturas da rinofaringe simétricas.

CRÂNIO

- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Conclusão:

- **Discreto desvio sinuoso do septo nasal.**
- **Estudo do crânio sem particularidades de nota.**

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Resp. Técnico
CRM-RR 1191
RQE: 566. Médico

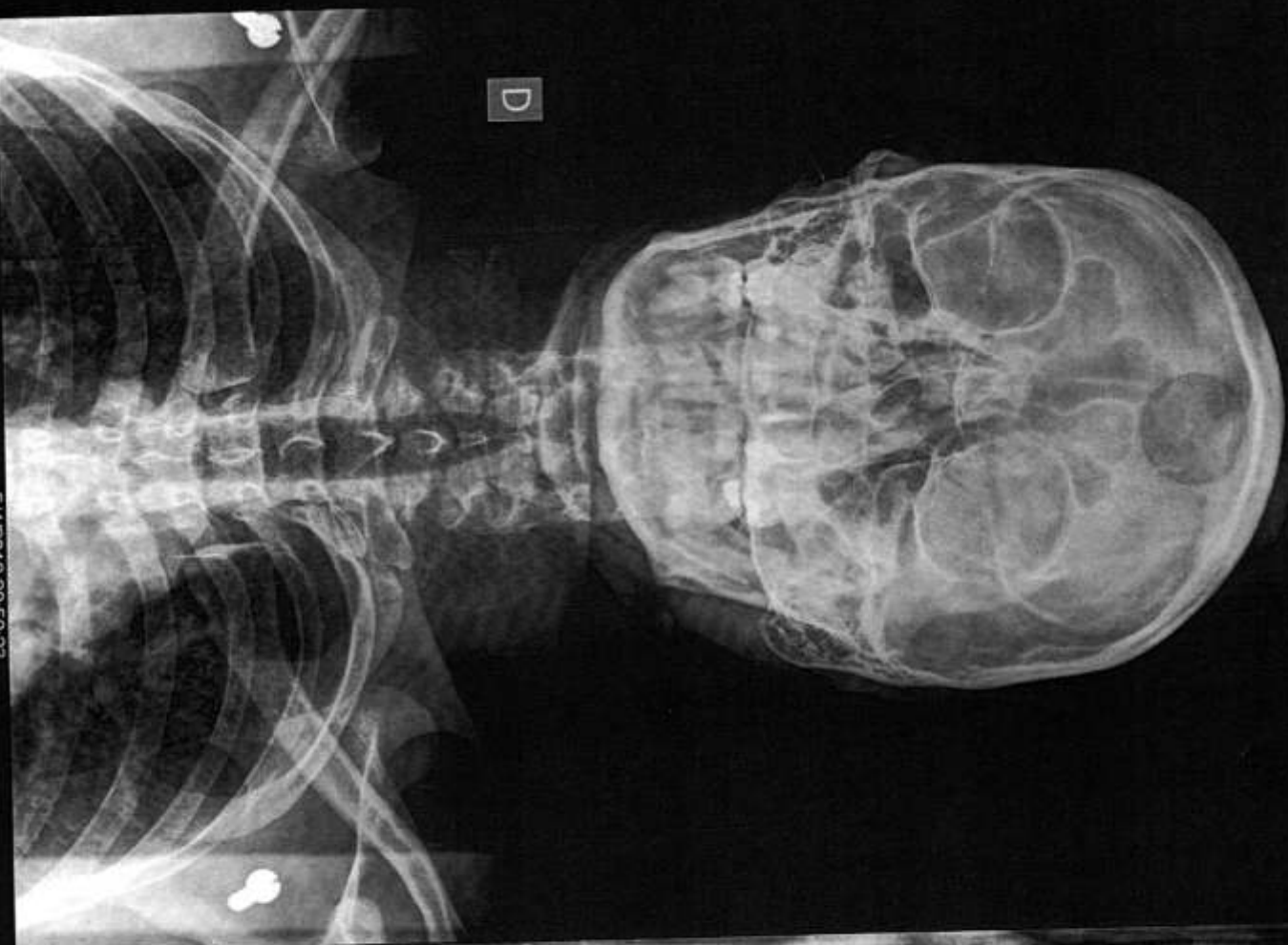
Dr Daniel Lopes Azevedo. RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM 1191/RR

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



D

40.7 %

5/4/2019 20:50:23

, GLEIDI SOUSA MKARTINS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



44.1 %

5/4/2019 20:50:23

E



D

53.9 %

5/4/2019 22:34:49

54.1 %

5/4/2019 22:34:49

GLEIDE SOUSA MARTINS ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



□

D

GLEIDI SOUSA MKARTINS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5/4/2019 20:50:23

53,7 %

D



57.3 %

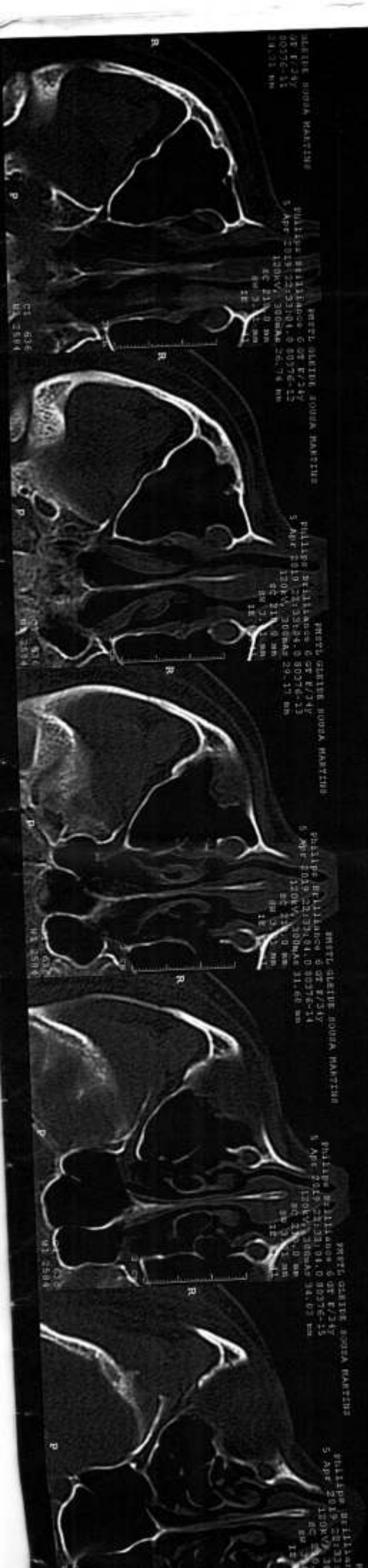
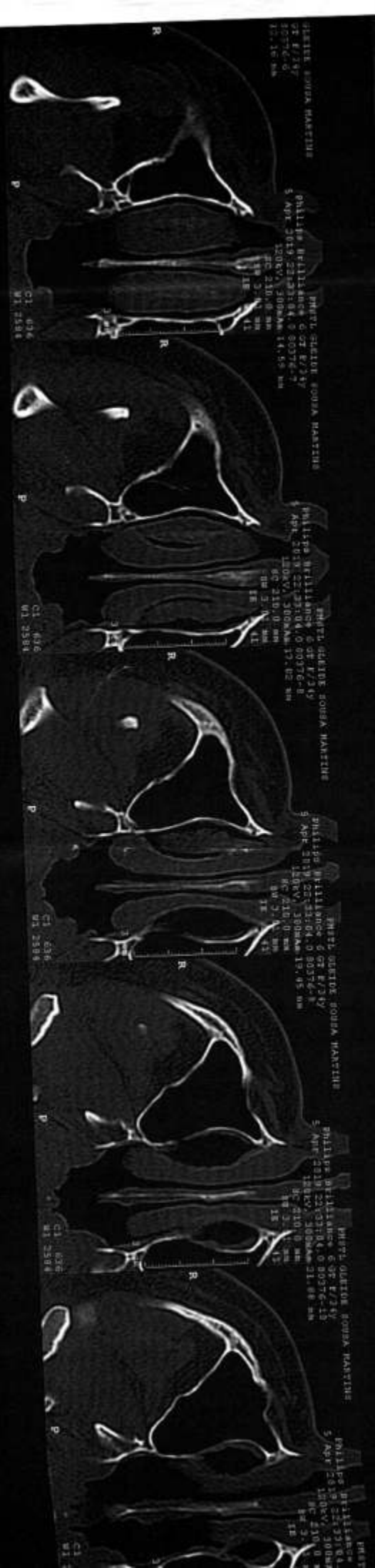
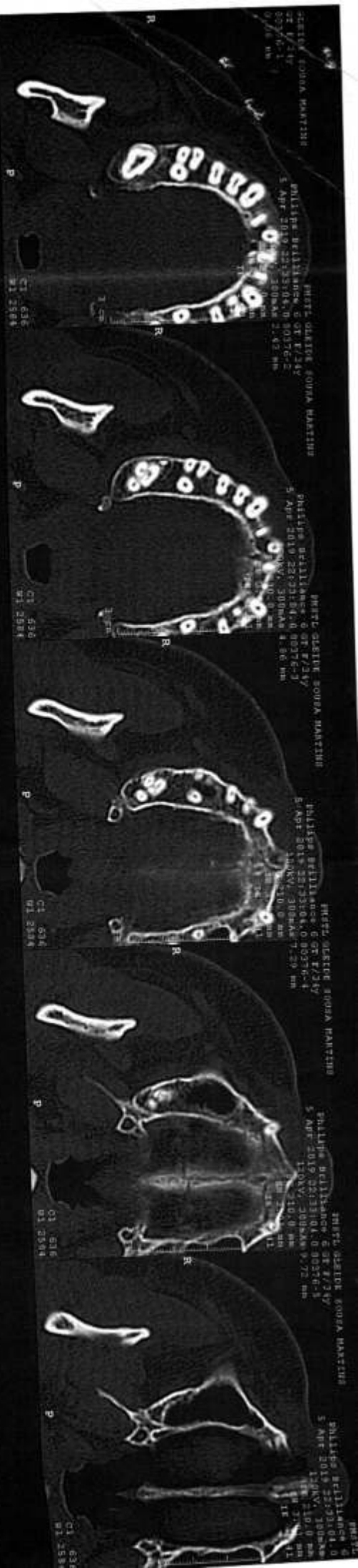
GLEIDI SOUSA MKARTINS

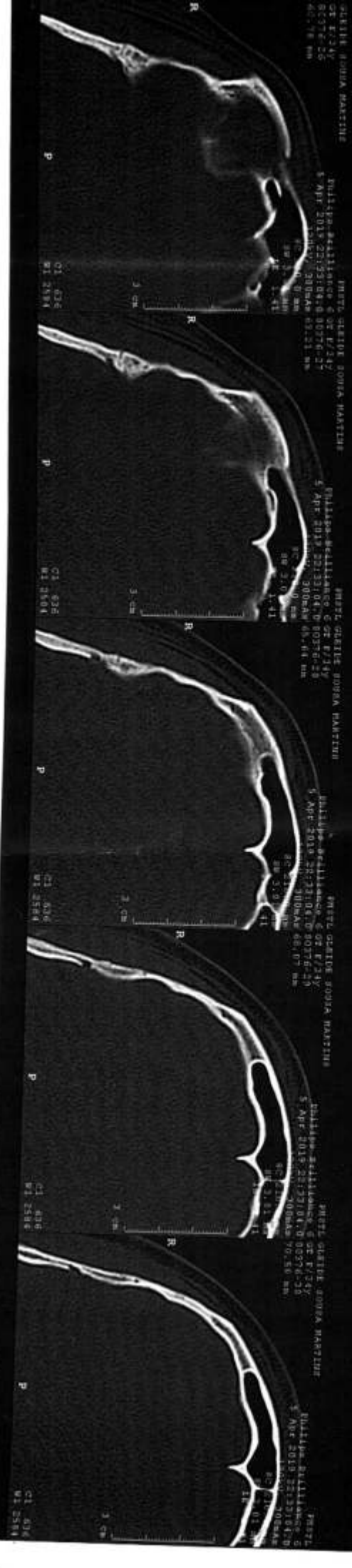
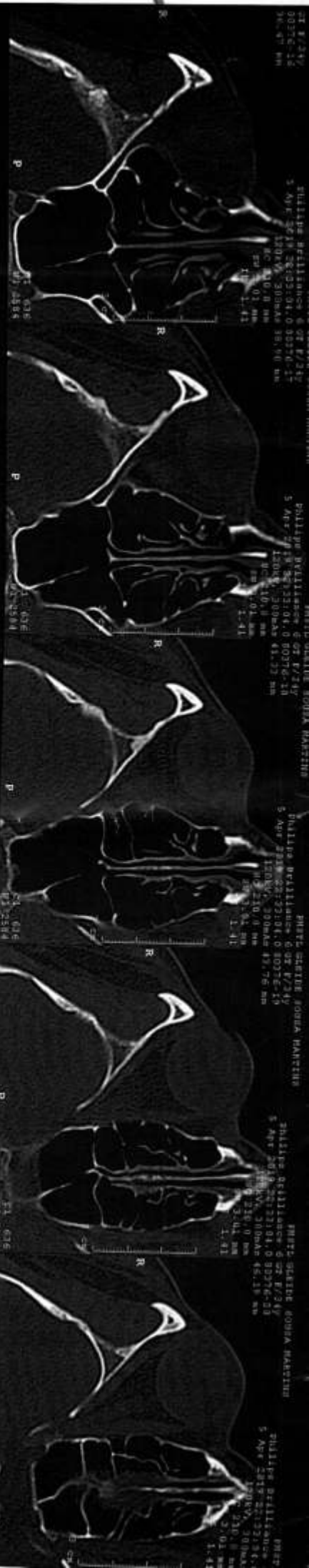
5/4/2019 20:50:23



52.5 %

5/4/2019 20:50:23






MINISTÉRIO DO TRABALHO
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
132.13447.27-6

NÚMERO **2645625** SERIE **001-0** US **RR**

Gleide Sousa Martins

ASSINATURA DO TITULAR




QUALIFICAÇÃO CIVIL 02

NOME CLEIDE SOUSA MARTINS LOG DE RES BRAGUATINS GOI 15/09/1984 FILHO DE FRANCISCO CLETO MARTINS CLEIDES VIEIRA DE SOUSA DOC. PRESENTADO RG 226680 SESP RR ESTADO CIVIL SOLTEIRO	Nº 226090 UNID 127 T. EMISSÃO 003046902674 DATA 20/03 NATUREZA SETRABES/SINE/RR DATA DE EMISSÃO 25/01/2005	ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR
--	---	---

ALTERAÇÃO

RELACAO _____

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO _____

NOME **Gleide**

DOCUMENTO **C-1**

NOME _____

DOCUMENTO _____

NOME _____

DOCUMENTO _____

NOME _____

DOCUMENTO _____

LEGO

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E -

B - SUP. RACIONAL D - ADOÇÃO F -

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190700696
Nome do(a) Examinado(a):	GLEIDE SOUSA MARTINS
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA JOSÉ QUEIROZ, 1943, AP 03, BURITIS
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	857.048.652-91
Data e local do acidente:	05/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 30/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/AMBULÂNCIA COM CONSEQUENTE FRATURA DA FACE DIREITA

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D, EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALIA CRONICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

FACE D: ALTERAÇÃO ANATOMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

IV) Nexo de causalidade: 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 a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

ESTRUTURA CRANIO/FACIAL: ALTERAÇÃO ANAOTOFUNCIONAL MODERADA

VII) Segundo 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): ESTRUTURA CRANIO/FACIAL

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

56836 Invalid

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

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: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FACE DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA FACE DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D. EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALÉIA CRÔNICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL.

Sequelas permanentes: DANO ESTÉTICO.

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: AFUNDAMENTO EM FACE NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do acidente: 05/04/2019

CPF: 857.048.652-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

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: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

857.048.652 - 91

4 - Nome completo da vítima:

Gleide Sousa MARTINS

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

5 - Nome completo:

Gleide Sousa MARTINS

6 - CPF:

857.048.652 - 91

7 - Profissão:

ASSISTENTE DE ALUNOS

8 - Endereço:

Rua José Duarte 1943 Buitis AP. 03

9 - Número:

3943

10 - Complemento:

APT. 03

11 - Bairro:

Buitis

12 - Cidade:

Bona Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309.207

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

95.99143-8671

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)

AGÊNCIA: 3027

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

226014

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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)

☐

Divorciado

☐

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Bona Vista - RR 11/11/19

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: 012747/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2019 09:59 Data/Hora Fim: 26/04/2019 10:26
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 26/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/04/2019 18:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av: Mario Homem de Melo
Complemento: em frente à Retífica Roraima

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLEIDE SOUSA MARTINS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: GO - Aragoiânia Sexo: Feminino Nasc: 15/09/1984
Profissão: Monitor de Alunos Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Cleudes Vieira de Sousa Nome do Pai: Francisco Cleto Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 226690

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua José Queiroz
Complemento: ap - 03
Bairro: Buritis

Nº: 1943

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a este DP para informar que é habilitada (CNH nº 04671803825), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda FAN 150, ano/modelo 2010/2010, chassi 9C2KC1550AR183201, PLACA NAN-8419, RENAVAM 00233624031, a qual se encontra em nome de seu marido, Almir Lângelo Alves do Carmo, na faixa esquerda da via, pois iria fazer a manobra de conversão à esquerda na Avenida dos Imigrantes, quando teve a traseira da motocicleta colidida por uma Ambulância do SAMU que seguia no mesmo sentido da comunicante. Que a VTR do SAMU estava com sirene e giroflex ligados, porém, a comunicante teve que reduzir, devido o sinal se encontrar vermelho. Que a comunicante viu a VTR do SAMU pelo retrovisor, e deslocou a motocicleta o mais próximo possível da calçada, para dar passagem para a ambulância e uma vez que iria dobrar à esquerda. Que tinha como garupa, sua filha Karoline Vitória Martins Oliveira, de 17 anos, a qual teve ferimentos leves. Que a comunicante teve fratura na face. Que após a colisão, a VTR do SAMU não prestou socorro, e tomou rumo ignorado. Que populares ligaram para o SAMU, onde foi atendida por uma equipe e levada ao HGR para atendimento médico.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Gleide Sousa Martins

Gleide Sousa Martins
(Comunicante / Vítima)

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

DAT

Jorge Fernando Palva Figueiredo

Delegado de Polícia Civil: Jorge Fernando Palva Figueiredo
Impresso por: Jorge Fernando Palva Figueiredo
Data de Impressão: 02/05/2019 10:45
Protocolo nº: N/A



AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MMAT: 42000787

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

2 - Nº do sinistro ou/SL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
v 857.048.652-91 v Gleide Sousa Martins

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
v Gleide Sousa Martins v 857.048.652-91
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
v ASSISTENTE DE PLANEJAMENTO v 305A v 208 v 2443 v 2017 v 2017 v 2017
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
v BORTUGA v BOM JESUS v RJ v 22 v 69 209 307
15 - E-mail:
v 95.99143-8641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 11 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 na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDIA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00
☐ SALÁRIO ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (informe o nome do banco e o número da conta)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3025 CONTA: 226014
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, ao assinar este documento, estou dando ciência de que não vou contestar o valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para análise de necropsia, nem de
indicação ao Seguro DPVAT (Lei nº 6.184/74), uma vez que:
■ Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
■ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
■ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a regularização da avaliação no município do consideração do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica e
expressa, para a avaliação de laudo do IML, concordando, desde já, em me responsabilizar e assumir a responsabilidade, em caso necessário, às custas
de Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo
automotor, conforme disposto no Lei 6.184/74.

Declaro que esta avaliação não tem caráter definitivo e que eu, ao assinar este documento, estou dando ciência de que não vou contestar a avaliação médica, caso
discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúva ☐ Divorciado ☐ Vivo
24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
27 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 28 - Se vítima deixou filhos, informar o nome completo: 29 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 30 - Se vítima deixou irmãos, informar o nome completo: 31 - Vítima deixou pais? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se vítima deixou pais, informar o nome completo: 33 - Vítima deixou outros parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, após a análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT, poderá solicitar que os interessados apresentem e comprovem
esta documentação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsificação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de
responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário: 35 - Nome legal de quem assina a pedido (a regra): 36 - CPF legal de quem assina a pedido (a regra): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra):
38 - 14 - Nome: 39 - 21 - Nome: 40 - Assinatura da testemunha: 41 - Assinatura da testemunha:

10 - Local e Data: v Bom Vista - RJ 11/10/19

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
v 857.048.652-91

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CDD BOA VISTA RR

GLEIDE SOUSA MARTINS
RUA JOSE QUEIROZ, 1943
BURITIS
69309-207 BOA VISTA - RR



7213512820955370000003153030040419

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Almir Lângelo Alves do Carmo,
RG nº 139 474, data de expedição 29/01/15,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 649.806.852-39, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
PORANGA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R= JOSE QUEIROZ, nº 1943,
complemento APT: 03, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gleide Sausa MARTINS, cujo o condutor era
Gleide Sausa MARTINS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: BONDA - HONDA CG150 FANESI
Ano: 2010/2010
Placa: NAN-8419
Chassi: 9C9KCL550AR183201
Data do Acidente: 05-04-2019
Local e Data: AV. MARIO HOMEN DE MELO
CAIMBE.

07.08.2019



Assinatura do Declarante

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Escrevente
Av. João de Deus, 4507 - Boa Vista - RR
Fone: (16) 3647-7444
daniel@boavista.org.br

131.765-5d4ed1a20bd4
Recallado por: VERDADEIRA (s) firma(s)
*ALMIR LANGELO ALVES DO CARMO

Em testemunho de verdade, BPO
De que dou fé, Boa Vista/RR, 07 de agosto de 2019.
Consulte os(s) selo(s) abaixo em: cartoriorr.com.br
REC/FIR168286YDHUPK108V749221/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

131.765
Yolara Carvalho Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada