

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:
2632679720200212094227

Processo 0802887-77.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 24 de março de 2020 às 10:40:00

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:

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

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 10	12/02/2020 09:42:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693310CONTESTACAO01.pdf Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693310CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
10.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
9	11/02/2020 14:17:23	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ALESSANDRA KAROLINE DA SILVA) em 11/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (03/02/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
8	03/02/2020 08:53:27	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ALESSANDRA KAROLINE DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (03/02/2020)	ALINE BLEICH SANDER Analista Judiciário
7	03/02/2020 08:53:13	AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA (Agendada para: 24 de março de 2020 às 10:40, em 2ª Vara Cível)	ALINE BLEICH SANDER Analista Judiciário
[+] 6	03/02/2020 08:31:14	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES Magistrado
5	29/01/2020 11:05:58	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	29/01/2020 11:05:58	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	29/01/2020 11:05:58	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	29/01/2020 11:05:58	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	29/01/2020 11:05:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08028877720208230010

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 **ALESSANDRA KAROLINE DA SILVA**, 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 **01/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/11/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 28/11/2019 após 07 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 01/04/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

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

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

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664957 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA Data do acidente: 01/04/2019 Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações:

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

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:

11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000059267-6

Nr. da Autenticação 6EFB4EB22814B777

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴ RECURSO 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

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 citação⁶.

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 ação⁷

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.

⁵ **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.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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

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

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

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

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

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

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

⁷ art. 1º. (...)

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 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 cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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; **JOSELAINÉ 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 **ALESSANDRA KAROLINE DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08028877720208230010.

Rio de Janeiro, 6 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DÁMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do Seguro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

097-316-572-15 ALEXANDRA KORSKIY DA SILVA

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

5 - Nome completo:

ALEXANDRA KORSKIY DA SILVA

7 - Profissão:

PROFESSORA

9 - Endereço:

Rua: 157

11 - Bairro:

Cidade Satélite - Boa Vista

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-510

15 - E-mail:

16 - Telefone:

95-99133-2793

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 4 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DO INDENIZADO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DO INDENIZADO

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os beneficiários. Assine uma cópia):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a praticar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reimboço do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, na instituição e banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, a qualquer total da indenização recebida.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.242/74), direi ver com:

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

Solicito o pagamento de indenização do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que não haverá a análise médica preventiva, caso necessário, e custos estatísticos, conforme o disposto na Lei 5.242/74.

Declaro que não estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML com concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário do segurado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Viúva ☐ Desconhecido ☐ Outra

24 - Data do casamento:

25 - Grávida Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou companheiro(a) com filhos menores?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/enteados?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e apresentarem esta condição, estando prima, vindo, de que qualquer renúncia ou declaração não vinculada poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 290 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a raga)

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a raga)

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a raga)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 28/11/19

ALEXANDRA KORSKIY DA SILVA

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (se for caso)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0594

PREFEITURA
BOA VISTAEQUIPE SAMU BV
BRAVO III

EQUIPE:

Téc: Tacimas
coord: OdilenePaciente: Alexsander Karoliny da Silva Idade: 30 Sexo: FNacionalidade: Brasileira Raça: Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-EtniaEndereço: Rua D. Aparecido Bairro: Cidade SatéliteNº 5176 DATA 01/04/2019 HORA J/G: 10:24 BASE ☐ VIA ☐ ☐ RÁDIOMédico (a) Regulador (a): Drª Leidiama HORA J/G: 10:36 ☒ CELULARMOTIVO INICIAL: Moto x AnimalINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cintão de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

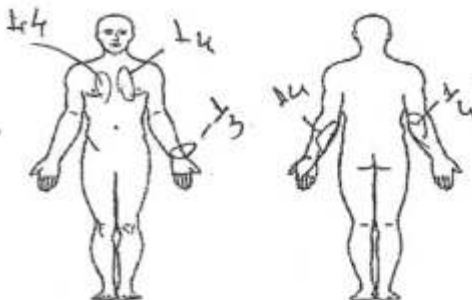
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro:		☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <u>10:48</u>	<u>118 x 80</u>	<u>84</u>	<u>21</u>	<u>96</u>	<u>36</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>15</u>
Fim <u>11:08</u>	<u>108 x 70</u>	<u>71</u>		<u>98</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	☒ Espontânea
2 - Hematoma	☐ Ao comando
3 - Contusão	2 - À dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	RESPOSTA VERBAL
6 - Luxação	☒ Orientado
7 - Fratura fechada	☐ Confuso
8 - Fratura exposta	3 - Palavras inapropriadas
9 - Amputação	2 - Palavras incompreensíveis
10 - Evisceração	1 - Sem resposta
11 - Afundamento de crânio	RESPOSTA MOTORA
12 - Ferimento penetrante	☒ Obedece a comandos
13 - Tórax instável	5 - Localiza a dor
14 - Enfisema subcutâneo	4 - Movimento de retirada
15 - Ferida aspirativa	3 - Flexão anormal
16 - Empalamento	2 - Extensão anormal
17 - Outros	1 - Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ Neurológica	☐ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ Metabólica	☒ Alergias <u>espuma</u>
☐ Flutter Atrial	☐ Respiratória	☐ Cardiopatia
☐ Fibrilação atrial	☐ Cardiovascular	☐ HAS <u>Nega</u>
☐ Assintolia	☐ Digestiva	☒ Medicação de uso <u>Nega</u>

GRAVIDADE COMPROVADA	☐ Ileso ☐ Pequena ☒ Média ☐ Severa ☐ Nóbilo
----------------------	---

Luiz Fernando Junges

Cirurgia Geral

CRM RR 1583

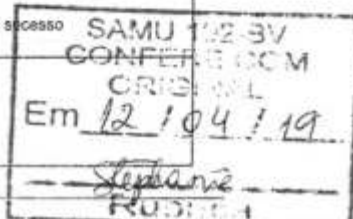
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTES	MEIOS ACIONADOS
☐ Cancelamento	☐ Polícia Militar
☐ Recusa de Atendimento	☐ Guarda Municipal
☐ Não se encontrava no local	☐ SMTRAN
☐ Trote	☒ Bombeiro
	☒ Outros: <u>emur</u>

RCP: ☒ Iniciada às: 11:08 ☒ Término às: 11:10 ☐ RCP com sucesso ☒ RCP sem sucesso

☐ Atendido no local	☐ Pol. Coema e Silva - PCCS	☐ Hosp. Unimed
☒ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotta Iris - HLI
☐ Pronto Atendimento / HGR	☐ HMINSN	☐ Outros

Em 12



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

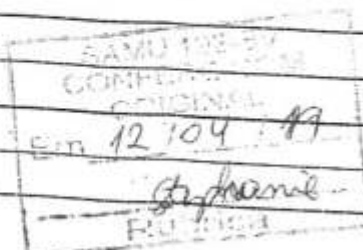
Idade Gestacional:		GESTANTE	
Perda de líquido:	☒ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
BCF:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☐ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☒ Acesso venoso Gelco n° ____	☒ Acesso venoso Scalp n° 19	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Tilatil	40mg	EV	10:59
Água destilada	20ml	-	-

material
02 atadunx 10cm.
01 agulha 40x12

01 seringa 10ml
01 Scalp 19 / 02 Pares de luvas M, P

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS
À 10:24 a equipe foi acionada para uma ocorrência traumática (moto x cachorro) no local encontramos a vítima sendo assistida por populares em decúbito dorsal, consciente, orientada, sem capote, sinais vitais dentro dos padrões normais, feito abordagem primária constatando lesões fraturas na figura - comunicado ao médico regulador que tomou conhecimento do quadro clínico da vítima e autorizou fazer analgesia citada no quadro acima e encaminhá-la para o trauma.

Tacimar da Silva Pereira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 000637.5/2



Assinatura e carimbo do profissional

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000059267-6

Nr. da Autenticação 6EFB4EB22814B777

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal 4001927

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002. FCAM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	274	238,15

ANA ANGELY FIRMINO FONSECA DA SILVA
R. J 157 - CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-510 - BOA VISTA
CPF: 00072729813420

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 13609	Atual: 11/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 12735	Anterior: 14/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 29	Próxima leitura: 11/12/2019	Ligação: BIPOLAR
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 08/11/2019	Número Medidor: 13LDB05609
Consumo medido: 274	Apresentação: 11/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 274		Modalidade: 0 1419765

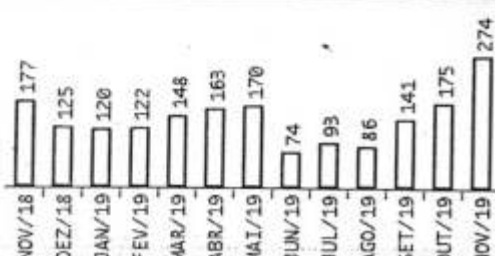
CONSUMO	274 A R\$ 0,777110 =	212,92
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 274 - R\$ 0.620000

Média 12 meses: 128

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano Valor R\$
10/2019 171,12

PROCONTO RURAL. ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019126 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:
Distribuição: 115,12	Tributos: 6,24	212,92	17,60%
Transmissão: 50,71	40,94		PIS: 0,37%
9,06			COFINS: 1,30%
			3,60

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC		DICMI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunta	0,00			0,00			0,00			

FLORESTA 09/2019 46,26

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0119410-0
MÊS FATURADO
11/2019
Nº da Nota Fiscal
4001927
TOTAL A PAGAR - R\$
238,15
VENCIMENTO
01/12/2019
FCAM*

83620000002 1 38150075000 9 00000000119 8 41001119008 0



SEQ.: 0229 UC: 0119410-0 DT.LEIT.: 11/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 13009 NORMAL TOTAL: 238,15 CARGA: C06
DT.VENC.: 01/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4091



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

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

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

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

DIURNO 07-19 10

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901091749 01/04/2019 11:08:19

Paciente: **ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA**

Data Nascimento: **04/09/1988** Idade: **30 A 6 M 27 D** CNS: **704802066723843** CPF: **99731657215**

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **245819** Órgão Emissor: **SSP/RR** Data Emissão: **26/10/2001** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **BRANCA** Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Contato: **(95) 99136-2793** Ocupação: **CUIDADOR**

Endereço: **RUA - JANDYRA LAGO - 256 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **Procedência** Autorização: **Temp.** Sis Prenatal: **Peso** Pressão: **Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: **Síndrome Febril** **Sintomático Respiratório** **Suspeita de Dengue**

Setor: **GRANDE TRAUMA**

Queixa Principal:

Anamnese de Enfermagem

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

TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **11:40h** Paciente trazida pelo SAMU, com color cervical e em prancha rígida, vítima de colisão moto x cã; usava capacete; não perda de consciência, náusea, emese ou tontura. Queixa de dor em punho **E**.

Exame Físico

1 VAP, e color cervical. **2** Espunheia em RA, AR: MRF, e RA. Tot: 97% em RA.

3 Pulsos cheios; FC: 88bpm, PA: 120 x 80 mmHg. **4** ECG: IS, RFM **4**.

Hipótese Diagnóstica **1** Punho **2** imobilizado. Exatizações em tórax anterior, mm sc.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

- ALÉRGICA A D.P.R.O.A.

1 Tenoxiclon 40mg **2** Rx tórax / Punho **3**.

Conduta

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

ORTOPEDIA

☐ Ambulatório
☐ Observação (até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 01/04/2019 11:09:05



Parente apascentado
e nutre de padre e mãe

CP: 100.000.000

1. 100.000.000

feitos entre pais e
filhos.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICAS DE OUTUBRO
CARTÃO DE FREQUÊNCIA

DIAS	HORÁRIO
20/4 9	07:30

HAS	DM
—	—

DATA:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
P.A.:						
Glicemia						
Carimbo do Profissional da enfermagem						
__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

PROFISSIONAL: Francielle Duarte
PRONTUÁRIO Nº 14782 (20 21/04 30)
NOME: Alexandra Perceira IDADE: 30
CONTATO DIREÇÃO: 98404-9631
NECESSITA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO

DATA DA AVALIAÇÃO
03/06/19

AVALIAÇÃO MARCADA PARA:

Dia: 03/06/19

De: 08:00 h até 09:30 h

Dr (a): Dr. Alexandre

- Trazer cópia do CPF, RG, Cartão do SUS e Comprovante de Residência.
 - Trazer exames quando houver.
 - Trazer encaminhamento médico.
- Obs. Na falta de qualquer documento, não será atendido.



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
SECRETARIA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

RECUPERAÇÃO

➤ NO DIA DE SUA AVALIAÇÃO, É IMPORTANTE QUE VOCÊ PASSE PELO SERVIÇO SOCIAL.

➤ LEIA COM ATENÇÃO O TERMO DO COMPROMISSO QUANDO LHE FOR ENTREGUE DURANTE SUA AVALIAÇÃO.

➤ O FISIOTERAPEUTA ESTARÁ DE FÉRIAS NO PERÍODO DE

Atenção: Ler o termo

Dr. Alexandre

DATA: 03/06/19

Dr. Alexandre
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ORTODONTIA
Rua (Santos) Pinto 506 - Centro-Var. São J. D.
CEL: 50.201-150 - DDD: 24.433-60/6001-99



RECEITUÁRIO

NOME

Alexandre Gustavo de R.

Dr. Alexandre Gustavo de R.

Dr. Gustavo de R.

H. C. M.

13:00

AT: [Signature]

ASSINATURA E CARIMBO



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

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Alessandro K. L.

Troca pl. havers

gentil


Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 164

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Um Vista RIT
CEI: 69.301-150 - CNPJ 04.013.405/0001-99



GOVERNO DO PARANÁ
PARANÁ: PATRIARQUADO DO BRASIL
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Clessandro

RECEITUÁRIO

FS + Oulder E

FS + Roder do (C)

D. Rm

DATA: 10/05/2011

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
Médico Responsável
Maurício S. Camargo

CLÍNICA ESPECIALIZADA HOSPITAL MARIA
Rua Coronel Pires 536 - Centro - 81130-100
CEL: 60.301-150 - FAX: 60.301-151



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: ALESSANDRA CAROLINE DA SILVA

Uso Oral

④ Tenoxlon 2mg — oral
Tomar 2x 12/12h, até 3 dias

02

04

19

Itubo
30g

2 Sulfodiaz. med de Prote — oral
aplicar 2x/die

Luiz Fernando Junges
Cirurgia Geral
CRM-RR 1563

DATA 02/04/29

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO



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

NOME: _____

RECEITUÁRIO

16/05/19 - 134


Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 164

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 836 - Centro das Vistas RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.403/0001-20



GOVERNO DO BRASIL
MINISTÉRIO DA PATRIARCA DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE SAÚDE

Nome: Alexandre R. de M. RECIBO

União

1. Bicicleta 150g 10g

Tom 14g 10g por 100g

2. Prednisona 20g 5g

Tom 14g 10g por 50g

DATA: _____

CLÍNICA ESPECIALIZADA ORTOMELIA
Rua Cururu, 100 - Centro - Rio de Janeiro
CEP 20.000-000 - Fone: 24.64.0000

Dr. Marcos Aguiar
Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1965



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME:

Enconhecimento

① *pacote, Alexia A. de S. Lb.*
cl/ Fintex e mud de Mud. (R) noes-
rito + 12 nos de Prontex

① *Prontex: Voz Prontex*

DATA: 24.07.2015

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RS 459

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Atalá de Telve nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196



E



ALESSANDRA KAROLYNE DA SILVA 5043

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/05/2019

Marcos

89.1 %



E



ALESSANDRA KAROLYNA SILVA 4376

HOSPITAL CORONEL MOTA

02/05/2019

Fabiola Castro

57,1 %

E



X



69,7 %

, ALESSANDRA KARLINE DA SILVA

1/4/2019 14:43:48

69,7 %

1/4/2019 14:43:48

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



0.2% 1/4/2019 11:59:08

75.1%

1/4/2019 11:59:08

ALESSANDRA K. DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. QUEIMSON/ ED. ROSANGELA



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

NOME:

RECEITUÁRIO

Alessandro Karine de Sitr

Lando Médico

Extrato do SCS do ITH ©

em dias 01/02/19. Análise em
consistência com apto p

6.0.0.0

02/05/19

DATA

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 164

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 630 - Centro-Est. Vila RIT
CEI: 69.301-150 - CEP: 69.013-400/69.01-90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014246871318
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 00161330045 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
MARCELO FERREIRA FARIAS
RR

CPF / CNPJ 917.248.302-44 PLACA NAW4648

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KC16309R009985

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/C6150 TITAN MIXED ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º *****
2º *****
3º *****

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS
** PAGO COTA ÚNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0.32 R\$84.58 21/11/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A
MAZ OCIDLACRE 00161330045-7 RR *

Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente

BOA VISTA-RR DETRAN-RR DATA 27/11/2019

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

RR Nº 014246871318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/11/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 917.248.302-44 PLACA NAW4648

RENAVAM 00161330045 MARCA / MODELO HONDA/C6150 TITAN MIXED

ANO FAB. 2009 CAT. TARG. Nº CHASSI 9C2KC16309R009985

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36.05 R\$4.01 R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL GERAL DO SEGURO (R\$)
R\$4.15 R\$0.32 R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 21/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

562806

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422108/19

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

CPF: 997.316.572-15

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2019

Titular do CPF: ALESSANDRA KAROLINY
DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA : 997.316.572-15

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: 28/11/2019
Nome: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA
CPF: 997.316.572-15

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664957 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA **Data do acidente:** 01/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664957 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA **Data do acidente:** 01/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422108/19

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

CPF: 997.316.572-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2019

Titular do CPF: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA : 997.316.572-15

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: 28/11/2019
Nome: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA
CPF: 997.316.572-15

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664957

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664957

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000059267-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 997-316-572-15 Alessandra Korolimy da Silva

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

5 - Nome completo: Alessandra Korolimy da Silva 6 - CPF: 997-316572-15
 7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Rua J Nº: 157 9 - Número: 157 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-510
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95-99133-2793

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:

☒ RECURSO 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)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 4263-3 CONTA: 59.267-6
 (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 (val 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, Boa Vista - RR 28/11/19

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: 042133/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 09:36

Data/Hora Fim: 28/11/2019 09:52

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/04/2019 10:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: DOM APARECIDO JOSÉ DIAS

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 04/09/1988

Profissão: Professor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria José da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA J

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 157

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 917.248.302-44

Renavam 00161330045

Número do Chassi 9C2KC16309R009985

Cor AZUL

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG150 TITAN MIXESD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 24/11/2016

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAW4648

Número do Motor KC16E39009985

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIXESD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Alessandra Karoliny da Silva

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. DOM APARECIDO JOSÉ DIAS, SENTIDO RR-



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 28/11/2019 09:53
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: 042133/2019

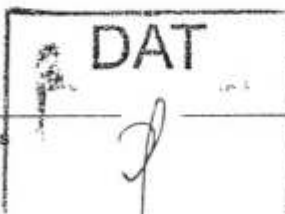
205 > BAIRRO, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA PRINCIPAL, UM CACHORRO SUBITAMENTE ATRAVESSOU A FRENTE DA REFERIDA COMUNICANTE, QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU ABALROANDO NO ANIMAL E CAINDO. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia
Matrícula 042000369

Responsável pelo Atendimento



Alessandra Karoliny da Silva

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima inseridas e 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."