

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:
2639681120200218111242

Processo 0803817-95.2020.8.23.0010 - (12 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7					
500 por pág. 1					
Seq.	Data		Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	7 18/02/2020 11:12:42		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
			7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2695109CONTESTACAO01.pdf
			7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2695109CONTESTACAOAnexo02.pdf
			7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf
<input type="checkbox"/>	6 13/02/2020 17:05:07		CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	DANIEL DAMASCENO AMORIM Advogado	
5	05/02/2020 16:10:38		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	DOUGLAS Magistrado	
4	05/02/2020 16:10:37		RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
3	05/02/2020 16:10:37		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
2	05/02/2020 16:10:37		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/>	1 05/02/2020 16:10:36		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado	



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

Processo: 08038179520208230010

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 **ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA**, 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 **29/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/09/2019.**

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora não comprova a existência de qualquer acompanhamento ou tratamento médico capaz de atestar a alegada invalidez permanente.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, 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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190617620 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA Data do acidente: 29/06/2019 Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. P3(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

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

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

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

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 desconstituir a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar 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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), 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 29/06/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), 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:

03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000007131-0

Nr. da Autenticação BE0634FB204FE989

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.

⁴RECURSO 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

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\$ 945,00 (NOVECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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 da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários 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 expresso 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,

⁷art. 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,

BOA VISTA, 12 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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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; **JOSELAINA 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 nº 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 **ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08038179520208230010.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Aente Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 308/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Nº da Nota Fiscal: 003319917
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA

Atual	27732	kWh	kVArh
Anterior	27536		
Constante de Multiplicação:	1.000		
Consumo Medido:	196		
Consumo Faturado:	196		FCAM

DATAS DA LEITURA

Atual	25/07/2019
Anterior	24/06/2019
Próxima Leitura:	25/08/2019
Emissão:	24/07/2019
Apresentação:	25/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe Subclasse	Ligação	Número Medidor	Préte	Código Fis	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	Consumo
JUN/19	158
MAI/19	100
ABR/19	178
MAR/19	263
FEV/19	237
JAN/19	231
DEZ/18	209
NOV/18	370
OUT/18	345
SET/18	246
TOTAL DE TRIBUTOS:	74 196 - 0,63462

CONSUMO 196 A R\$ 0,764602 = 149,86
ILUMINACAO PUBLICA 42,55

DESCRIÇÃO DA CONTA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ 06/2019 164,28 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/08/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O seu pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informando ainda que a tarifa constante já vencida e já reavaliada é no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 080007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	38,51
Energia:	81,64
Transmissão:	0,00
Encargos:	4,24
Tributos:	25,47

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	149,86
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	25,47
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81

SEU CÓDIGO
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$
192,41

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
11/08/2019

Nº da Nota Fiscal:
003319917

FCAM

8368000001 7 92410075000 0 0000000108 1 91530719008 1



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

 Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilairi Imacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ara Mees da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.846.502 / 82

do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Ara Mees da Silva Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.846.502 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

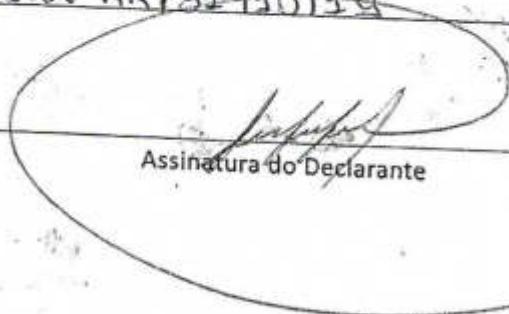
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>		
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bea Vista</u>
E-mail:	<u>Ilairi@hotmail.com</u>		
	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
	Estado:	<u>RR</u>	CEP:
	<u>69.309-209</u>		
	Tel.(DDD):		
	<u>(65) 99154-4282</u>		

Local e Data: Bea Vista - RR, 31/10/19


 Assinatura do Declarante

— V. J. G.
— ~~Accts~~

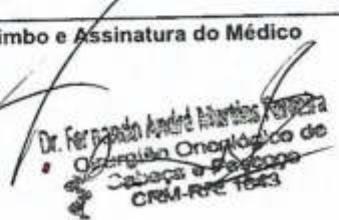
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

classificação _____:
1) Vermelho
2) Laranja
3) Amarelo
4) Verde
5) Azul Ass.:

Reclassificação _____

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					DIURNO 07-19			
1901129254	29/06/2019 08:58:23	Paciente ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA	Data Nascimento 15/12/1967	Idade 51 A 6 M 14 D	CNS 706807775318925	CPF	Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 65846	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 24/01/1991	Sexo F	Estado Civil NAO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe FRANCISCA VITORINA DA SILVA					INFORMADO	NI	Contato (95) 99141-7342	Ocupação
Endereço RUA - CASSIMIRO JOSE DA SILVA - 384 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.			Procedência	Temp.	Peso	
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL				Procedimento Sol.		Pressão	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Vítima de acidente de moto, Trafegava p/rua SAMU com imobilização braço - pulso - A dor forte								
Exame Físico	01 NOV. 2019							
Hipótese Diagnóstica Fratura do úmbo?								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO 				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA Data e Hora da Saida/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: leilson.sousa Data Hora: 29/06/2019 09:00:31								

Impresso por: feilson.sousa

Impresso por: leilson.sousa

© 2019
SAP SE - Software als Technologie
als Anwendung am Beispiel

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Fernando André Martins Vaz
Oncologista Oncologista de
Câncer e Pneumologista
CRM-RPE 1023





PRIMEIRO ATENDIMENTO
EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: BRAVO I

Nº 1186:



Paciente: Ana Neris da Silva Oliveira Idade: 51 Sexo: F
Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia
Endereço: Rua Horacio mandel c/Almundo Viegas, Bairro Ara Branca

Nº 10.845 DATA 29/06/19

HORA J/9: 08:28

BASE () VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Enrico

HORA J/10: 08:20

() CELULAR

MOTIVO INICIAL: moto x carro.

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas [] 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Quelmadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / esfacelamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input checked="" type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> N	

SINAIS VITais E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemias	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio 8:35	-	88	16	98				
Fim 8:52	-	87	16	99				15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	4 - Espontânea
2 - Hematoma	3 - Ao comando
3 - Contusão	2 - À dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	
AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFECÇÃO CLÍNICA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal [] FV	<input type="checkbox"/> Neurológica [] Metabólica
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal [] TV	<input type="checkbox"/> Respiratória [] Infeciosa
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial [] AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular [] HAS
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial [] Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva [] Medicação de uso
HISTÓRIA PREGRESSA	
	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes [] Cardiopatia [] Outros
	<input type="checkbox"/> Cardiopatia [] HAS
	<input type="checkbox"/> Alergias []
	<input type="checkbox"/> Negau
RESPOSTA VERRAL	
	5 - Orientado
	4 - Confuso
	3 - Palavras Inapropriadas
	2 - Palavras Incompreensíveis
	1 - Sem resposta
RESPOSTA MOTORA	
	6 - Obedece a comandos
	5 - Localiza a dor
	4 - Movimento de retirada
	3 - Flexão anormal
	2 - Extensão anormal
	1 - Sem resposta

GRAVIDADE COMPROVADA	[] Ileso	[] Pequena	[] Média	[] Severa	[] Óbito

01 NUV. 2019

Assinatura do Comando Médico (Unidade de Destino)

Matheus Freire
CRM-SP 10.132

SAMU 192-RV

CONFERE COM

1 - Bombeiro

2 - Guarda Municipal

Assinatura do Paciente:

Descreva os fatos envolvidos fato que levou necessitando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente:

RG:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

GESTANTE

Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	1g	EV					
Tilatil	40mg	EV					

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Pct homossexual foi encontrada deambulando lúcida, orientada, razonável, com avaliação primária sem alteração na secundária apresenta provável ferimento fechado de úmido. Realizado imobilização + analgesia com dipirona 1g + tilatil 40mg EV, pct conforme Rm, pct encaminhado ao GT conforme Rm e entrou que com vida.

Materiais:

1 dipirona ampola
1 tilatil 40mg

03 tala

1 seringa 20ml
1 agulha 28x7

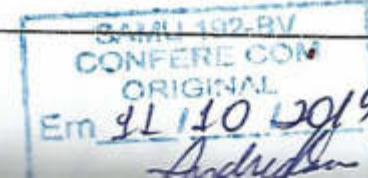
Obs: condutor do carro evadiu-se do local.

1 kit ipo
1 SF 500ml

1 gelos 20

1 catadriás 15cm

11 30cm



01 NOV. 2019

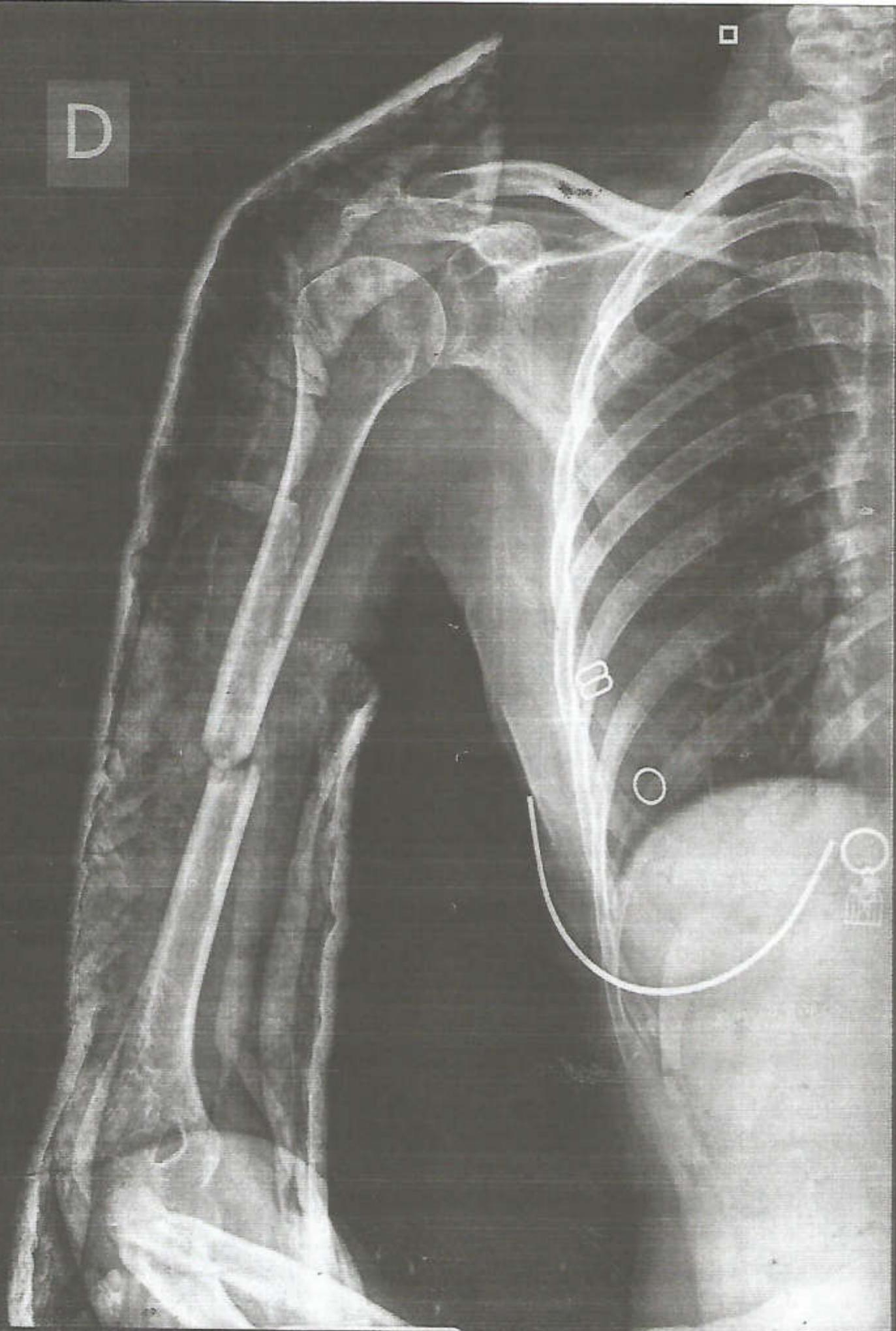
Somires Beardo
Assinatura e carimbo do profissional
894.973-RR

D

8

0

D



ANA NERES SILVA OLIVEIRA

10271

HOSPITAL CORONEL MOTA

06/09/2019

Fabiola Castro

61.7 %

D

ANA NERES SILVA OLIVEIRA

9234

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2019

Fabiola Castro

74.4 %

D

O

ANA NERES SILVA OLIVEIRA

9234

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/03/2019

Fabiola Castro

93.7 %

D



ANA NERIS DA SILVA

12862

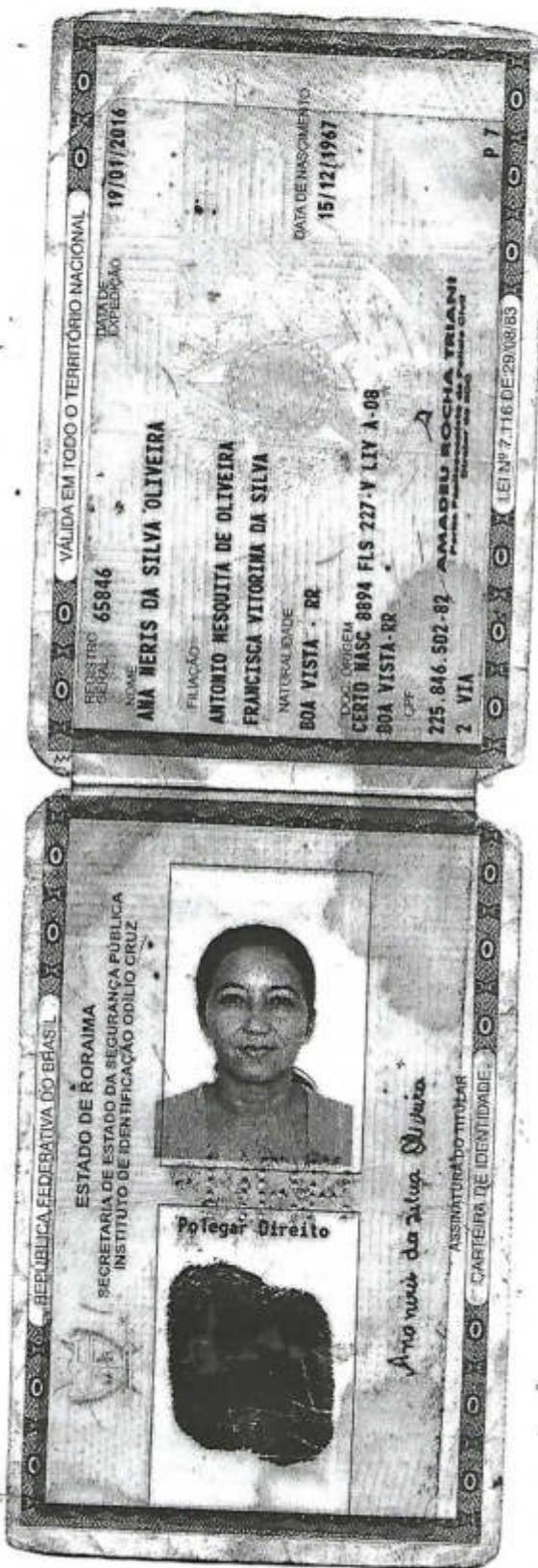
HOSPITAL CORONEL MOTA

01/12/2019

Cloudy with

90.7 x

01 NOV. 2019





01 NOV. 2019

14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILIOIR INACIO DE SOUZA	
	
DOC. IDENTIDADE FÔRNE EMISSOR/UF 3884007 SSP RR	
CPF 383.051.512-04	
DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
RESIDÊNCIA JOSE SOUZA DE ASSURCO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO 000000000000	
ACD 000000000000	
CAT/AB ZB	
Nº REGISTRO 01101912304	
VALIDADE 28/01/2020	
HABILITAÇÃO 15/12/1995	
DESCRIÇÃO DESCRIÇÃO	
DESCRIÇÃO DESCRIÇÃO	
DESCRIÇÃO DESCRIÇÃO	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	
DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
 ANGÉLICO MUNICIPAL PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE	
ASSINATURA DO EMISSOR 	
980151096	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190617620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO ÚMERO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE faltante: CIRURGIA

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190617620 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. P3(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Ana Meris da Silva Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Do lar
IDENTIDADE: 65846
ENDERECO: R: Casimiro J. da Silva - 384, Sítio Breite

OUTORGADO

NOME: Glorin Gracil de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 114807
ENDEREÇO: Rua: Antônio P. Galvão - 1832, Biritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuraçāo, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 29/06/2019 cobertura Incêndio, vitima: Ana Neis da Silveira Oliveira.

01 NOV. 2019

Boa vento 19-09-19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
1435145083610037082
Reconheço por VERDADEIRA(s) FIRMA(s)
TANIA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Em testemunho da verdade, CBA
De que deu fô. Boa Vista RR, 19 de setembro de 2019.
Consulte os(s) selet(s) abaixo em cidadao.portalselecion.com.br
RECFIR1562966GOK8VBLU4043A37 /

Emolumentos:R\$ 2.45 Fundos:ISS:R\$ 0.55 SELO:R\$ 1.50 Total:R\$ 4.50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383573/19

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 225.846.502-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA : 225.846.502-82

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: 01/11/2019
Nome: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 225.846.502-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANNA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383573/19

Número do Sinistro: 3190617620

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 225.846.502-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 24/11/2019
Nome: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 225.846.502-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

MANOEL COELHO NETO

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

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190617620

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190617620

Vítima: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E FOLHAS CIRÚRGICAS, EM CASO DE CIRURGIA, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:
	225.846.502-82	Ana Meris da Silveira Oliveira

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

5 - Nome completo:	Ana Meris da Silveira Oliveira		6 - CPF:	225.846.502-82
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 384 10 - Complemento:		
Do lar	Rua: Casemiro José da Silveira			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	RR 69.314-344
Silveira Freire	Boa Vista	RR	16 - Tel.(DDD):	(95) 99154-4282
15 - E-mail:	17 - Nome completo do Representante Legal:			
slavor@hotmail.com				

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 7131	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinascos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 rogo/a pedido	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ana Meris da Silveira Oliveira
01 NOV. 2019

CNE 001 0007/2010

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: 031460/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2019 12:09 Data/Hora Fim: 19/09/2019 12:29
Origem: Polícia Judiciária Data: 19/09/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 29/06/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) - Bairro: Asa Branca
Logradouro: Armando Nogueira
Complemento: Cruzamento

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 15/12/1967
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Francisca Vitorina da Silva Nome do Pai: Antonio Mesquita de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.846.502-82
RG - Carteira de Identidade: 65846

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Casemiro José da Silva Nº: 384
Complemento: Casa
Bairro: Dr. Sílvio Leite
Telefone: (95) 99145-9844 (Celular)

01 NOV. 2019

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário, Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031460/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.888.492-45	Placa NUJ-4559
Renavam 00567206165	Número do Motor KC16E8E404931
Número do Chassi 9C2KC1680ER404931	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município/Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Neris da Silva Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

• A comunicante que diz ser habilitada, mas não apresentou, afirmando ainda que a mesma está vencida, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo/pilotando à motocicleta também já devidamente descrita acima e que está em nome de DIOGO SULLIVAN DE OLIVEIRA PEREIRA. Que à motocicleta foi colidida na traseira por um veículo que saiu de uma rua (NÃO SABENDO INFORMAR O NOME), para transitar em seu mesmo sentido. Que o condutor do veículo não permaneceu no local exato, parou o veículo mais a frente e voltou a pé para ver se a comunicante estava viva, não fazendo nada e logo em seguida foi embora. Que a comunicante sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matr 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atenção

19 SET 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Ana Neris da Silva Oliveira
(Vítima / Comunicante / Envolvido)

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

01 NOV. 2019

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:
225.846.502-82 Ana Meris da Silveira Oliveira

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

5 - Nome completo: Ana Meris da Silveira Oliveira 6 - CPF: 225.846.502-82
7 - Profissão: Declarante 8 - Endereço: Rua: Casemiro José da Silveira
11 - Bairro: Silveira Freire 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.334-344
15 - E-mail: oliveirac@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99154-4282
9 - Número: 384 10 - Complemento:

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:

RECUZO 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: 3906

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 1

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valinascor): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 -
Impróprio
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/09/2019

X Ana Meris da Silveira Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 NOV. 2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 00000007131-0

Nr. da Autenticação BE0634FB204FE989