

**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: 2867979420201008115557**
**Processo 0805006-11.2020.8.23.0010**  - (237 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)
<b>Reais</b>					
<b>Realizar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <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 <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="checkbox"/> ao <input type="checkbox"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
41 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 41					
500 por pág. <input type="checkbox"/> 1					
Seq.	Data	Evento		<b>Movimentado Por</b>	
<input type="checkbox"/> 41	08/10/2020 11:55:57	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (29/09/2020)		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
		41.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	<input type="checkbox"/> 2698321IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público	
		41.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	<input type="checkbox"/> 2698321IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 02/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE LAUDO (29/09/2020) e ao evento de expedição seq. 39.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
	40	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE LAUDO (29/09/2020)		ISABELLE CAMPELO BESSA <b>Estagiária</b>	
	39	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE LAUDO (29/09/2020)		ISABELLE CAMPELO BESSA <b>Estagiária</b>	
	38	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE LAUDO (29/09/2020)		ISABELLE CAMPELO BESSA <b>Estagiária</b>	
<input type="checkbox"/> 37	29/09/2020 12:21:57	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>		ISABELLE CAMPELO BESSA <b>Estagiária</b>	
<input type="checkbox"/> 36	08/09/2020 21:50:47	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>		RAFAEL DE ALMEIDA COSTA <b>Analista Judiciário</b>	
	35	<b>PRAZO DECORRIDO</b> 04/08/2020 00:09:00 Sem Resposta - (Referente a(o) MANDADO determinado pelo evento JUNTADA DE CERTIDÃO(02/07/2020). Parte: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 34	21/07/2020 08:49:46	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
	33	<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA</b> Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (02/07/2020)		PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>	
	32	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: NYMPHA CARMEN AKEL THOMAZ SALOMAO habilitado até 12/10/2020 (90 dias)		PRISCILLA RODRIGUES MARQUES <b>Analista Judiciária</b>	
	31	<b>LEITURA DE MANDADO REALIZADA</b> MANDADO lido em 13/07/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 25) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (06/07/2020 12:17:44). Parte: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA		PRISCILLA RODRIGUES MARQUES <b>Analista Judiciária</b>	
	30	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA) em 13/07/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 22) JUNTADA DE CERTIDÃO (02/07/2020) e ao evento de expedição seq. 23.		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 29	13/07/2020 19:53:02	<b>RETORNO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 25) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (06/07/2020 12:17:44). Parte: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA		JECKSON LUIZ TRICHES <b>Oficial de Justiça</b>	
<input type="checkbox"/> 28	13/07/2020 17:23:27	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (02/07/2020)		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
	27	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 07/07/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 22) JUNTADA DE CERTIDÃO (02/07/2020) e ao evento de expedição seq. 24.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
	26	<b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</b> Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 25) em 06/07/2020 12:17:44. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: JECKSON LUIZ TRICHES. Parte: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA		Giceane Moraes Da Silva <b>Servidor Central de Mandados</b>	
<input type="checkbox"/> 25	06/07/2020 12:17:44	<b>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</b> Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 22) JUNTADA DE CERTIDÃO(02/07/2020 11:36:18). Natureza: Intimação. Parte: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA. Identificador do Cumprimento: 0001		HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS <b>Analista Judiciário</b>	
	24	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 22) JUNTADA DE CERTIDÃO (02/07/2020)		HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS <b>Analista Judiciário</b>	
	23	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 22) JUNTADA DE CERTIDÃO (02/07/2020)		HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 22	02/07/2020 11:36:18	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>		HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS <b>Analista Judiciário</b>	
	21	<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 12) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (28/02/2020) e ao evento de expedição seq. 14.		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 20	19/03/2020 12:20:54	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimações - Referente aos eventos JUNTADA DE CERTIDÃO (03/03/2020), PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/02/2020)		PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>			



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08050061120208230010**

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 5 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190705175      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA      **Data do acidente:** 01/09/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
P 1/3/4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. FRANCISCO F. FARIAS, CRM RR 365, DE 11/12/2019. P 13

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190705175**

**Vítima: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CLEUCINEIDE SAMPAIO 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190705175**

**Vítima: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEUCINEIDE SAMPAIO 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000000250-X**

**Conta: 000010113375-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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:

586.568.472-87 Cleucineide Sampaio da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

 5 - Nome completo:  
 Cleucineide Sampaio da Silva

 6 - CPF:  
 586.568.472-87

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Rua C. 44

 9 - Número:  
 48

 10 - Complemento:  
 CASA

11 - Bairro:

ALTO PADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

 13 - Estado:  
 RR

 14 - CEP:  
 69-317201

15 - E-mail:

monica.silva.638@gmail.com

 16 - Tel.(DDD):  
 (95)

 17 - Tel.(DDD):  
 991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA: 0250

CONTA: 113.375

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGENCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## 23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

 Sim

 Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

 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 13/11/19

Cleucineide Sampaio da Silva

Bairinho Novato Silva

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 037972/2019-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2019 12:08 Data/Hora Fim: 05/11/2019 12:09

Origem: Polícia Judiciária Data: 30/10/2019

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/09/2019 06:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Equatorial

Logradouro: Ataíde Teive

Tipo do Local: Via Pública

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

**ENVOLVIDO(S)**

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

Nacionalidade: Brasileira

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**Nome Civil: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 23/04/1975  
Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Nilza da Silva Nome do Pai: Celso Sampaio da Silva

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.568.472-87

RG - Carteira de Identidade: 128209

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: C-44

Nº: 48

Complemento: Casa

Bairro: Alvorada

Telefone: (95) 99168-1211 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**Veículo Adulterado?** Não

**Quantidade** 1 Unidade

**Situação** Meio Empregado

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

Desconhecido 1

Depositário, Proprietário,



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037972/2019-A01

Nome Envolvido	Envolvidos
	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava de a pé, onde estava atravessando referida avenida e veio a ser colidida por uma motocicleta, não sabendo informar as características identificadoras, pois a mesma evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo serviço de resgate. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula 042000908  
Responsável pelo Atendimento

\* Cleucineide Sampaio da Silva  
Cleucineide Sampaio da Silva  
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

586.568.472-87

4 - Nome completo da vítima:

Cléuvinde Sampaio 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:

Cléuvinde Sampaio da Silva

6 - CPF:

586.568.472-87

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Rua C-44

9 - Número:

48

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALTO PADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-201

15 - E-mail:

Monica.Silva.638@gmail.com

(95)

16 - Tel.(DDD): 991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0250

CONTA: 113.375

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (váriascer):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

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.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Boa Vista 13/11/19*

*Cléuvinde Sampaio da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Cléuvinde Sampaio da Silva*

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010113375-8

---

Nr. da Autenticação A3C391C8397BC059



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  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato  
conosco informe  
este número

SEU CÓDIGO

0070155-6

Nº da Nota Fiscal 003606719

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

CONTAMÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	286	244,60

CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA  
R. C 44 48 ALVORADA  
CPF: 00058656847287  
CEP: 69.317-201 - BOA VISTA

ROT: 30.001.21.04.054300

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	40244			Atual:	09/09/2019
Anterior:	39958			Anterior:	09/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	09/10/2019
Consumo Medido:	286			Emissão:	06/09/2019
Consumo Faturado:	286	FCAM		Apresentação:	09/09/2019

NORMAL		POTENCIA PONTO DE CONSUMO		Dias de Consumo	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses

RESIDENCIAL	NONO	4453251	N 1424737	1.1.1.1	250
-------------	------	---------	-----------	---------	-----

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	286 A R\$ 0,766106 =
AGO/19	242	ILUMINACAO PÚBLICA	219,10
JUL/19	286		25,50
JUN/19	229		
MAI/19	264		
ABR/19	255		
MAR/19	269		
FEV/19	232		
JAN/19	259		
DEZ/18	254		
NOV/18	266		
TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 H 25 - 0,634620		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO					
Mes/Ano	Valor R\$	Mês/ano consumo			
08/2019	247,27	08/2019			
<p>Este documento informa que a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24.09.2019, em função das contas salientadas nesta fatura, não garantirá o seu retorno. Fazendo o pagamento da fatura de consumo, na TEEFAZ, informando ainda existir em contas vencidas e já vencidas, o valor de R\$ 244,60 (valor histórico). Caso tenha o seu pedido de reabertura, favor desconsiderar este aviso.</p> <p>LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26</p>					

RESERVADO AO FISCO DCFC.8300.EA71.45B1.364A.42B0.BFEC.F23A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	56,20	Base de Cálculo:	219,10
Energia:	119,14	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	37,24
Encargos:	6,18	Valor do PIS:	0,04
Tributos:	37,58	Valor do COFINS:	0,30

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DI	DI	DI	DI	DI	DI
Atual:	Anterior:	Anterior:	Mês/ano	Anterior:	Mês/ano
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84
0,00			4,99		
				0,00	0,00

FLORESTA	Período de apuração	07/2019	EPISD	93,83
ROT: 30.001.21.04.054300				

<b>SEU CÓDIGO</b>	<b>TOTAL A PAGAR - R\$</b>
0070155-6	244,60
<b>MÊS FATURADO</b>	<b>VENCIMENTO</b>
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fisca	003606719

83640000002 9 44600075000 5 00000000070 3 15560919008 9



SEQ.: 00258 UC: 0070155-6 DT.LEIT.: 09/09/2019 T.ENTR.: 04

LEITURA: 40244 NORMAL TOTAL: 244,60 CARGA: 006

DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041



CNPJ: 05.939.467/0001-15  
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610  
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

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

DESCRÍÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA	0 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		19,06

0,85

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

TOTAL A PAGAR

43,74

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

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cléucineide Sempere da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 586.568.472 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Cléucineide Sempere da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 586.508.472 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recessor Renda: Recessor e apresento os documentos comprobatóricos

Recuso informar

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

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

nonatosilva638@gmail.com

Brasília, DF de novembro de 19  
 Local e Data

Raimundo Nonato Silva   
 Assinatura do Declarante



1901156494

01/09/2019 07:33:39

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente

CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

58656847287

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

IDENTIDADE

128209

SSP-RR

26/07/2007

F

SOLTEIRO(A) PARADA

Pai

BOA VISTA - RR

Contato

(95) 99168-1211

Ocupação  
TRABALHADOR  
DOS S

Mãe

NILZA DASILVA

Endereço

RUA - C-44 - 48 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

ATROPELAMENTO

URGÊNCIA

Temp.

Setor

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

Peso

GRANDE TRAUMA

SAMU CAPITAL

Pressão

Registrado por:

LEANDRO

Queixa Principal

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Acidente de moto

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente refere acidente de moto com queda de um muro de cimento sobre o lado esquerdo, gerando trauma contuso em membro inferior direito e reflete em balaço instável, com compreensão de consciência. O paciente se sente bem, mas com dor de 3 horas.

Exame Físico

Paciente refere dor de balaço instável, com dor de 3 horas. Pode haver instabilidade com reflexo frontal direita, dor no membro inferior direito, com edema e hiperemia. Pode haver dor no membro inferior direito, com edema e hiperemia. Pode haver dor no membro inferior direito, com edema e hiperemia.

Hipótese Diagnóstica

Trauma contuso em salto e membro inferior direito

DT - Exames Complementares

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

## PRESCRIÇÃO

Ibuprofeno 2g (EV) 12:00

Ibuprofeno 200mg (EV) 12:30

Ibuprofeno 10mg (EV)

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308  
Novo Prédio - Bloco 01 - 62020-0620

AJUNTAMENTO

Data e Hora da Saida/Alta:

11/09/2019

Assinatura:

Foi feita a apresentação original

copia da assinatura feita no Hospital

que foi apresentada neste Hospital

Impresso por: Leandro

Data Hora: 01/09/2019 07:35:59

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

1901156494

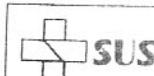
1901156494

1901156494

1901156494

02.08.19

NIR



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Cleidemir Sampaio Silva

6 - N.º DO PRONTUÁRIO  
115262

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2000012731351461015

8 - DATA DE NASCIMENTO  
23/09/19759 - SEXO  
F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Nilza de Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO  
91599116811211

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. C-44 48 Alvorada

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF  
RPT

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fraqueza persistente de ossos da perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

XX x Sp

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fraqueza persistente de ossos da perna

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Horizonte Tel (95) 2371-0620  
AUTENTICAÇÃO

11 DEZ 2019

Este é o original que é a presente  
cópia é fez Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese + DMC

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPM

OPCS  
759

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

0415018013

3087

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

( ) CNS

( ) CPF

0408050500

3827

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

04081015057

8824

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01/09/19

O.S. \_\_\_\_\_

Cleidene Saúso Silve

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frat exposta de fíbula e tibia (D)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: LMC + Osteosíntese da Fr exposta e da

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: eros da perna

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Jonathan

1º auxiliar: Pablo

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Edino

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pte sob anestesia em DP+H
- ② Antissepsia + Assepsia
- ③ Incisão posterolateral na perna + Dissecção pl. pleuras
- ④ LMC cl se art exausta
- ⑤ Incisão anterolateral na (fíbula) perna (D) + Dissecção pl. pleuras
- ⑥ Observar continuidade fraturária
- ⑦ Releitura dos fragmentos + fixação cl. parafuso infernogramante
- ⑧ Instalação de placa DCP 8 furos + Parafuso
- ⑨ Colocar pl. pleuras



Jonathan Lopes  
CRM/RJ 17509



FICHA DE ANESTESIA

Cleu cinede. Sanyrie da Sua. 44. 06/03/19

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

67 15 30 45 25 15 30 45 16 15 30 45 15 30 45												Nº Nosa - Nleyia Nosa HPP.			
A G E N T E S	N 20														
	02														
LIQUIDOS	A	15													
VENOSOS	V	5													
	P	20													
DA	240														
x	38	220													
ULSO	●	36	200												
ANES	X	34	180												
OP	32	160													
O	30	140													
TEMP	120														
ASPIR.	80														
A	60														
RESP	40														
O	20														
Expunt															
Assist															
Contro															
SÍMBOLOS															
AGENTES															
A	Rufel	100mg													
B	Morafan	5mg													
C	Diprivan	2g													
D	Trendel	100													
E	Breipivolan	15													
F															
G															
GLICOSE	LIQUIDOS														
NDCC															
SANGUE															
SE	0,5%														
TOTAL	R\$														
OPERAÇÃO	Osteosíntese da fratura de Tibia e Fibula														alto príodo
ANESTESIA	Dr Edine	CÓDIGO	CITRUSÃO	Dr Sanyria	PERDA SANGUÍNEA										Esperada / Mínima
	Dr Bruno														

Bruno Thiago P. C. Pinto  
MÉDICO  
CRM-RR 1029

Palmeira Petrópolis

Fazendo relato acima  
por ato perante o  
louvor profetico Esperado  
Abre o fórum a Direito.

Abre o fórum a Direito  
Relata seu bônus profetico  
anti batista terapêutico  
ao Louvor Louvor.

- ① effazidose 29 (EV) agente
- ② Undermine copy (EV) agente
- ③ St 0.9% 500 ml (EV) 6/6 horro



11/01/2019  
S. S. S.

Certifico que é a cópia  
côpia é o documento original  
que foi apresentado neste Hospital

claviculae remoção  
da Silva

302-09 1901156494

01 9

osteos. de fratura exposta  
de clavida (D)

CIRURGIA

Dr. Jonathan  
Pablo R3

HIGI

ME 50

PER

16 29

TEMPO DE DURACAO

TEMPO TOTAL

TEAMÉDICO

ESTERIL

ESTER

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA REENGRADIMENTO

Nome: Cláudia rede Sampaio da Silva  
Data de Nasc: 23/08/75

Termo de Consentimento Informado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

44 Setor/Leito:

Data: 01/9/19

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança

3029

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	<i>João C. nele Sam pereira de Oliveira</i>				
AGNÓSTICO	<i>pele op. fractura</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	<i>01/10/11</i>	
ÍTEM	PREScriÇÃO				HÓRARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>S/N</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>mantida</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>S/N</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>18 24 06 18</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06 am</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>S/N 22h30</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				<i>S/N</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>2022 06 14</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>S/N</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				<i>18 24 06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>22x10</i>
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E QUPAD > 110 MMHG				<i>S/N</i>
17	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>curativa</i>
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
<b>EVOLUÇÃO MEDICA:</b> # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA :					

SINAIS VITAIS				T	MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H	<i>102x60</i>	<i>72</i>		<i>36°C</i>	
24 H	<i>105x60</i>	<i>83</i>		<i>36°C</i>	

*06h00 100x60 70*

*36°C 101 59*

DIA: 10/10/11

AS: 11:00

PA: 1120/80

P: 77

T: 36.6



202-9

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**

**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

Eu Clercineide Fagundes da Silva CPFnº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 07 de 09 de 2019.

Assinatura do paciente: Clercineide S. P. da Silva

Responsável:

1) Assinatura:

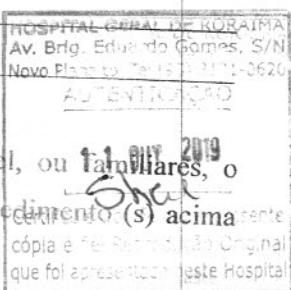
Nome \_\_\_\_\_

CPFnº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmei que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento (s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 07 de 09 de 2019. Hora: 14.10



Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico:

Dr. Pedro Di Giovanni  
 Ortopedista/Trumatologista  
 Assinatura/Carimbos do Médico Regulador  
 CRM-RN 10954

CRM 10954/RT

Dr. André Gantus Marilio  
 Médico  
 CRM-RN 1904



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 02/10/91/91

PACIENTE: Cláudemiro Sampaio do Nascimento DN: 111

DIAGNOSTICO(S):

Fr. Tibia

DIH: 1/1

KANBAM: Dieta: Hb: Ht: Ur: Cr:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na:            K:            Ca:            Cl:           

HCO<sup>3</sup>:            PH:            BE:            PO<sup>2</sup>:            PCO<sup>2</sup>:           

EAS:

CULTURAS (1/1):

IMAGEM:

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl:            HCO<sup>3</sup>:            PH:            BE:            PO<sup>2</sup>:            PCO<sup>2</sup>:           

EAS:

IMAGEM:

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Fractura com fatores de fricção agudos  
desprezado fíbrocartilaginoso osteointeiro da tibia  
com fluxo e paroxismo

Boa Vista, 02 de 09 de 20 19. Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM/RR: 1615/RQE: 684

CRM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital de Rotaguarda/HC

Dr. Pedro Di Giovanni  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM/RR: 1615/RQE: 684

André Luiz Marcialo  
CRM/RR: 1904

CRM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Regulador





GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

**RECEITUÁRIO**

NOME:

*Flávio de Souza de Souza*

Paciente vítima de atropelamento  
por pos de um futebol exposto  
a um de Futebol. Diante  
de um pagamento ontem de  
meu futebol assistente de  
meu atividade de futebol pos  
que o futebol é causa de futebol  
que o futebol é causa de futebol

*PFEL*

DATA 21/04/14

**ASSINATURA E CARIMBO**

*Carimbo 1403*

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

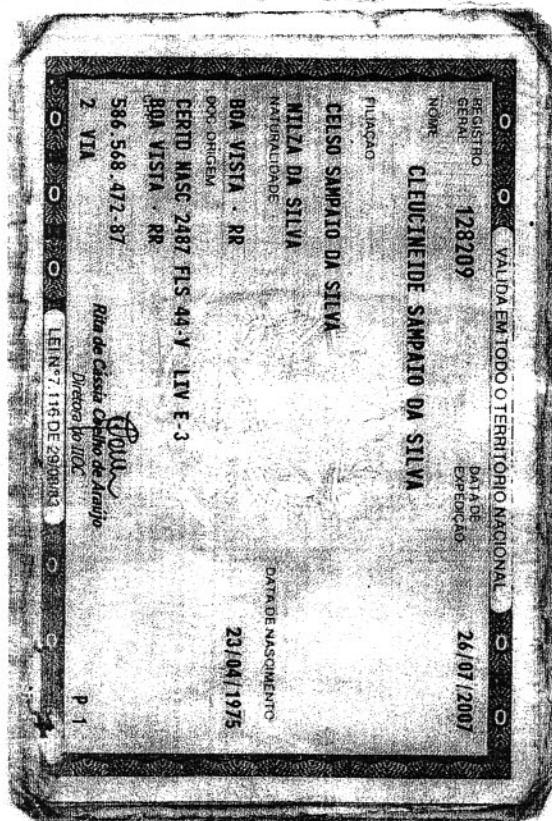
Laudo Médico

Glencineide Samjao de Silve, C. I. 128209, SSPRN,  
vítima de atropelamento, conforme ofício de atendimentos  
2905556494 de 01/09/2019, P.S. F<sup>co</sup> Blubás, sendo constatado  
fratura exposta de ossos de perna direita. Foi submetida a osteossí-  
tese de ossos de perna direita, colocando placas metálicas + sis (06)  
parafusos. Após alta médica, iniciando evolução com  
edema de perna + pé direito, apesar de limitações para  
movimentos de rotações + tabularizações do pé direito, limitações  
para esforços repetitivos com membro inferior direito, cumprindo  
muitas suas atividades laborativas.

**Conclusão:** De quele fizeram permanente de  
membro inferior direito.

Boa Vista, 13/12/2019

  
Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ	
	
<b>Raimundo Monato Silva</b> <b>Polegar Direito</b>	
	
<b>REGISTRO GERAL</b> 357035-5 <b>NOME</b> RAIMUNDO MONATO SILVA <b>DATA DE Nascimento</b> 28/01/2016 <b>DATA DE EXPEDIÇÃO</b> <b>DATA DE EXPEDIÇÃO</b> <b>NATURALIDADE</b> VARGEM GRANDE - MA <b>DOC. ORIGEM</b> CERT. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43 <b>CPF</b> 475.628.463-91 <b>3 VIA</b> <b>ASSINATURA DO TITULAR</b> <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>	
<b>VANGELINA PEREIRA SILVA</b> <b>NASC. 15/09/1968</b> <b>DATA DE Nascimento</b> <b>DATA DE EXPEDIÇÃO</b> <b>NATURALIDADE</b> VARGEM GRANDE - MA <b>DOC. ORIGEM</b> CERT. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43 <b>CPF</b> 475.628.463-91 <b>3 VIA</b> <b>ASSINATURA DO TITULAR</b> <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>	
<b>REGISTRO GERAL</b> 357035-5 <b>NOME</b> RAIMUNDO MONATO SILVA <b>DATA DE Nascimento</b> 28/01/2016 <b>DATA DE EXPEDIÇÃO</b> <b>NATURALIDADE</b> VARGEM GRANDE - MA <b>DOC. ORIGEM</b> CERT. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43 <b>CPF</b> 475.628.463-91 <b>3 VIA</b> <b>ASSINATURA DO TITULAR</b> <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>	

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456133/19

**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

**Data do acidente:** 01/09/2019

**CPF:** 586.568.472-87

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CLEUCINEIDE SAMPAIO  
DA SILVA

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA : 586.568.472-87

- Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190705175      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA      **Data do acidente:** 01/09/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
P 1/3/4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. FRANCISCO F. FARIAS, CRM RR 365, DE 11/12/2019. P 13

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: Clucimide Sampaio da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: PROFESSOR  
RG: 328209 CPF: 586.568.472-87 ENDEREÇO: RUA/AV,  
BAIRRO: Alvorada, N° 48  
CEP 69357-201 CIDADE: Bon Vista /RR

VÍTIMA: Clucimide Sampaio da Silva  
CPF: 586.568.472-87 DATA DO ACIDENTE: 01/09/19  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

## OUTORGADO:

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

## PODERES:

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



Bon Vista, 30 de outubro de 2019

Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456133/19

**Vítima:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

**CPF:** 586.568.472-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/09/2019

**Titular do CPF:** CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA : 586.568.472-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

\_\_\_\_\_  
RAIMUNDO NONATO SILVA

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA