

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:
2686883520200413121402

Processo 0809641-35.2020.8.23.0010  - (11 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 261 - Carta Precatória

Assunto Principal: 11783 - Citação

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <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 de: Ocultar <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): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:					
5 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 5					
<input type="checkbox"/>	Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
	5	13/04/2020 12:14:02	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
			5.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2713093CONTESTACAO01.pdf
			5.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2713093CONTESTACAOAnexo02.pdf
			5.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf
	4	02/04/2020 06:57:30	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Redistribuição	Fabiano Talamas de Azevedo Analista Judiciário	
	3	01/04/2020 21:59:19	RECEBIDOS OS AUTOS DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ	
	2	01/04/2020 21:59:19	Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Civil - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/>	1	01/04/2020 21:59:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado	



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

Processo: 08096413520208230010

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 **JOSIANE ROSAS BELEM**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **08/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/12/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta 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.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 1.350,00 (**um mil e trezentos e cinquenta 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.

Número: 3200067517	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM	Data do acidente: 08/11/2019	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 14/02/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.. LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA				
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 PÉ ESQUERDO, sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT ANATÔMICO MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.				
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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
	Total		10 %	R\$ 1.350,00

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-se através da propositura da correspondente ação anulatória, disserendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta 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 08/11/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).

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: 20/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSIANE ROSAS BELEM

BANCO: 001
AGÊNCIA: 00250-X
CONTA: 000000060892-0

Nr. da Autenticação 954AC9F0B7DC07F2

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.

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;

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\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

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 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.”

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

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 Excelênciia 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.

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

⁷**art. 1º. (...)**
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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, 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, 7 de abril de 2020.

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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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 autonômica	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 autonômica, 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					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSIANE ROSAS BELEM**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08096413520208230010.

Rio de Janeiro, 7 de abril 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

Not intended for official interpretation.

JOSIAHIE ROSA
HGR-3111515212

12

MAO
11/8/2019
8:38 PM

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operador RORAIMAOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom: 100%



:300 mm

L 128
W 256

13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA

HGR-3111515212

F:

MAO

11/8/2019

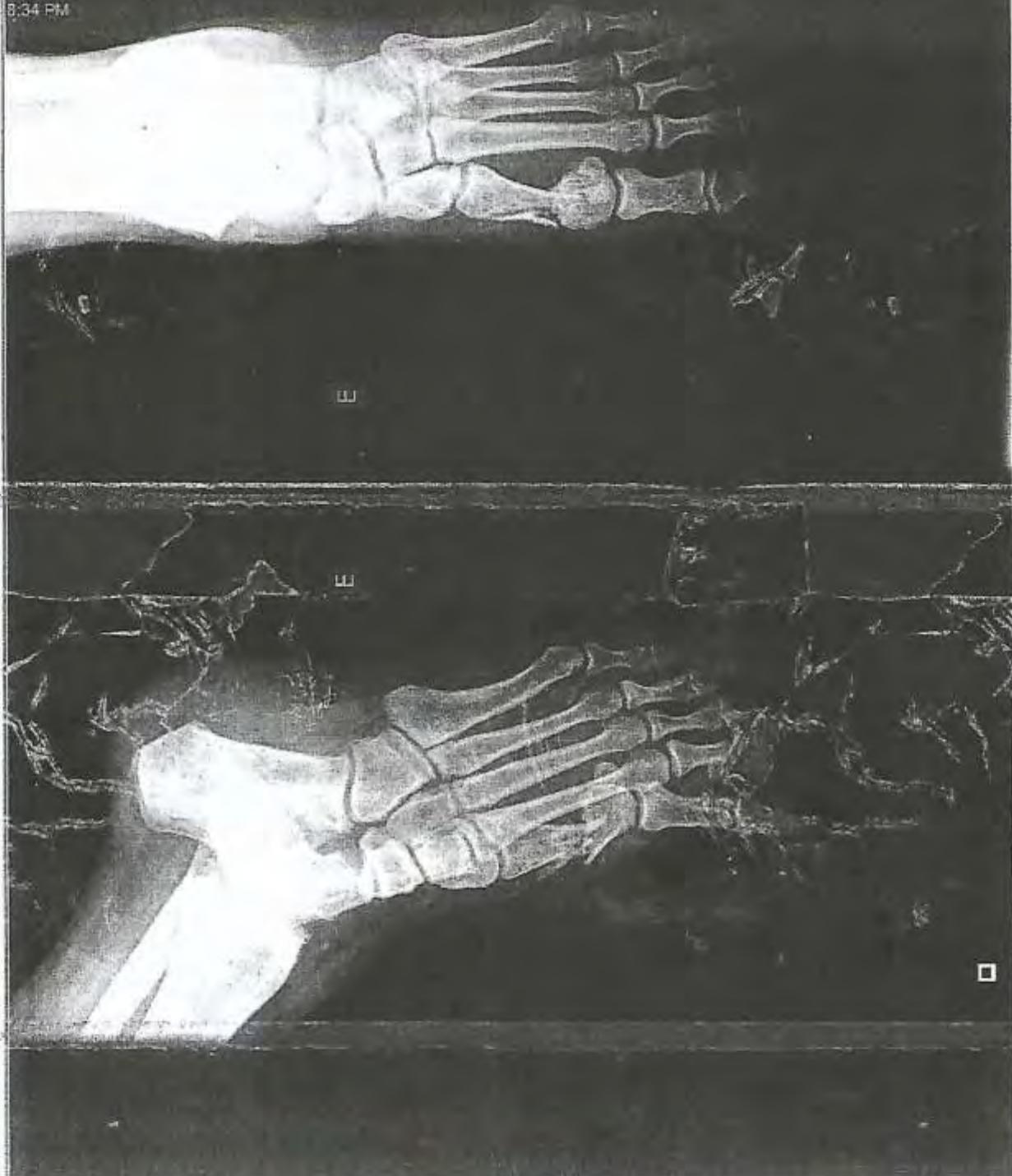
8:34 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operador IXRAIO/usuario

- KV, - mAs

Zoom 100%



500 mm

L 128

W 266

13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA
BLOC. E 506-04

MÃO
11/11/2015
10:42 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operator NXRAIO/Usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%



SDI mm

L 128
W 293

13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA

BLOC. E 505-04

P:

11/11/2019

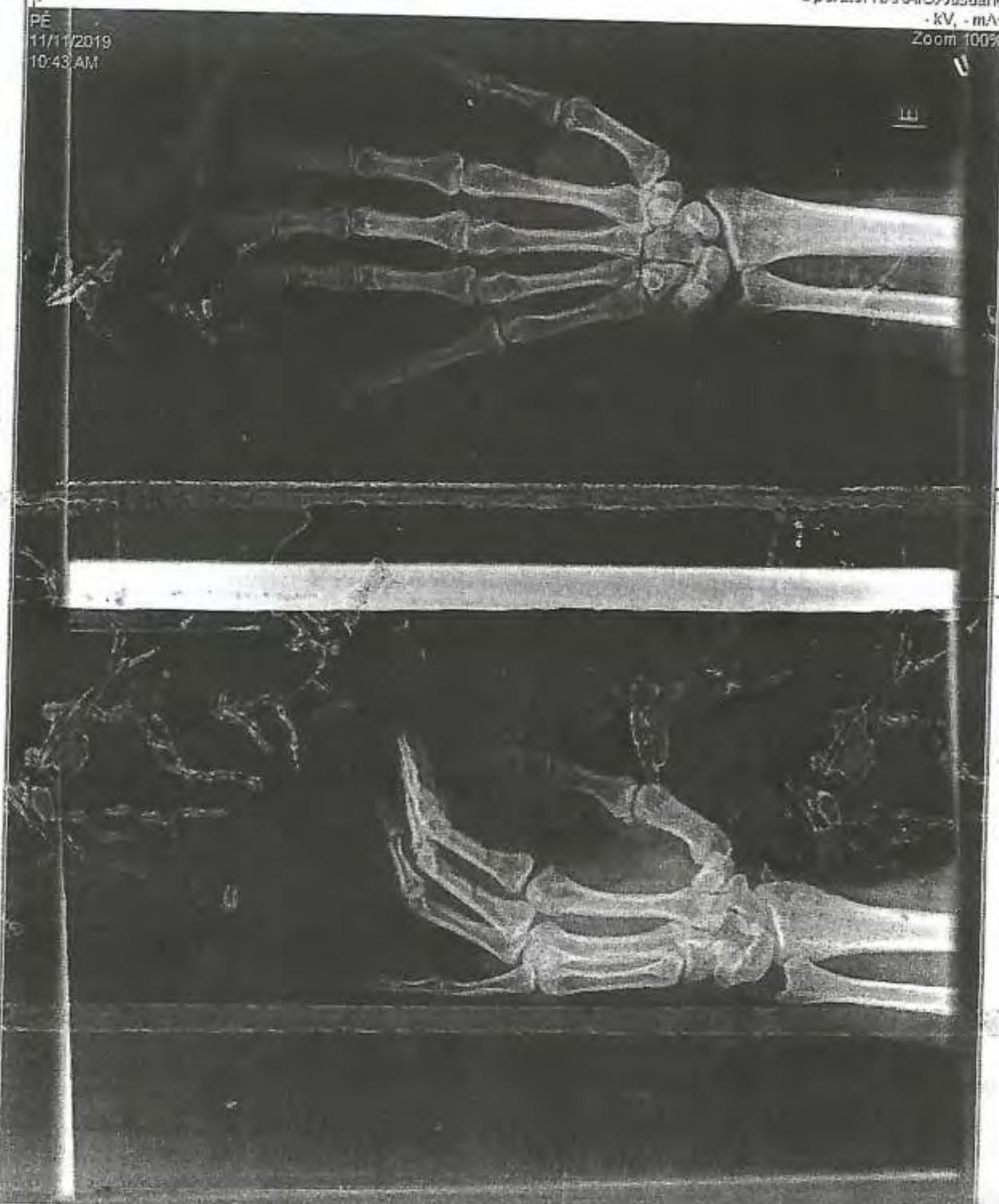
10:43 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador NXRADIO/Usuário

- KV, - mAs

Zoom 100%



500 mm

L 128

W 255

13 FEV. 2020



1º Classeificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

1901184360	08/11/2019 20:09:45	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19-	14
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JOSIANE ROSAS BELEM		04/12/1985	33 A 11 M 4 D	702602284544148	84786787272	00050239
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	251637	SESP/RR	22/02/2002	F	UNIAO	PARDA
Mãe					ESTAVEL	
MARILDA GOMES ROSAS					MANAUS - AM	
Endereço					JOSE RIBAMAR FERREIRA BELEM	Contato
RUA - FLORIANOPOLIS - 80 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR						(95) 99151-6977
Class. de Risco	Promo Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Ocupação	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					FUNCIONÁRIO PÚBLI	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Sis Prenatal
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Descolante de manto</i>					
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
<i>Bebende manto de descolante manto e manto aspirado Vene de repente, Nesse perde de consciência e manto</i>						
Exame Físico	<i>76 S.A.R, respiratória, manto</i>					
Hipótese Diagnóstica	<i>Fractura em pé ① + mao ②</i>					
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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	
<i>1) Raio-X de pé ① mao ② + rebento ③</i> <i>2) Radiografia ④ ⑤</i> <i>3) Rebatel manto ⑥</i> <i>4) Fractura proximal fôrma san ⑦ 1a mola 1.</i> <i>5) Radiografia ⑧ ⑨ mao profunda</i>						
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:					
óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / : /					
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<i>IM Anatomia Patológica</i>	
Assinatura do Paciente ou Responsável	<i>Marilda Goméz Rosas</i> <i>Carimbó e Assinatura do Médico</i>					
Impresso por: eliene						
Data Hora: 08/11/2019 20:10:19						

13 FEV. 2020



J. Ortopédica 12º Paracet
Painito V. fome de 12h hemorrágico acúmulo
de mict
eff amputação do 5º dedo da mão (E)
lesão 1º MTR Pe (E)
Rx fratura 1º MTR Pe (E)
H.O. Fratura Engraxada 1º MTR Pe (E) +
Amputação humática 5º DEDO (E)

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

to Canto Lages

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H-E-R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Josiane Rosas Belém

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

50239

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2102602284544148

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/12/85

9 - SEXO

Mas.

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Manilda Gomes Rosas

Pessoal

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

9159916977

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Florianoopolis 80 10000 Lidiani

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Painel da fratura exposta c/ 1º m/pe (E)
+ imobilização hemorrágica c/ 5º fator c/ h/da
dr m/pe (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Portanto longe

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

Histórico + Exame Físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CASAS ASSOCIADAS

fratura exposta 1º m/pe (E) + imobilizac hemorrágica 3º Q2V2 (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Portamento longe fratura exposta 1º m/pe (E) + 5º Q2V2 m/pe

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Odinaldo Okemura

Médico Residante

Residência em Traumatologia

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e Crimbo (nº do Registro do Conselho)

08/11/19

Assinatura e



10.04

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08/11/19 O.S. _____

Josiane Rosas Belém

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura exposta I^o MTR de E + Angustação hematica

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

do 5º de E

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Interventio fratura exposta I^o MTR de E + 5º QRDH

MENCIONES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIANO: Dr. Panacat

1º AUXILIAR: Dr. Odinachi R.

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Vitor Panacat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

- (1) Preenche em D.O.H, lnh anestesia
- (2) Sutura e Antissepsia
- (3) Colocacao de tampos esteriliz
- (4) Faragam mecanica echaubar lnh 08L de los fisiolog
- (5) Placas bivalv + fixas lnh 2 de Kirschner 1,5m
0,9%
- (6) Limpeza rachologica
- (7) Sutura da pleura curativos + mordilhas para fissura
Observacao: Fratura multifragmentaria e comutar lnh perda
ossos
- (8) Aspiracao e Antissepsia + limpeza hematica - 5º de E
- (9) Faragam mecanica echaubar lnh los fisiologico ORT
- (10) Sutura d. de E
- (11) Curativos
- (12) RPA

13 FEV. 2020

✓ Dr. Odinachi Okemii
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1857/PR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Amazônia Padiápolis dos Brasileiros

FICHA DE ANESTESIA

Josiane Rosas Belm. - 33 anos.

* 08/01/19

PREDIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

		21	15	30	45	22	5	30	45	15	30	45	22	5	30	45	15	30	45
AGENTES		H 23																	
		O2																	
LÍQUIDOS VENOSOS	A	1	2	3															
	B																		
DA X	C	240																	
	X	220																	
ULSO *	E	200																	
	*	180																	
ANES X	G	160																	
	X	140																	
QP O	I	120																	
	O	100																	
TEMP	M	80																	
		60																	
ASPR A	N	50																	
	A	30																	
RESP C	R	20																	
	C	10																	
Expir.																			
Anest.																			
Contro.																			
SÍMBOLOS																			
AGENTES		DOSIS	TÉCNICA		ANEST														
A	Supraventricular 20mg		regurgit.		Bloc 6st. Ap. anest														
B	Aluclore 2g		infus. lombar		11 Aspirac. re. la son +														
C	Gentamicina 0,40g		par mod.		proge. sub ascenso. 10														
D	Tetraoxicon 40g		sab vir		13 6. 4. ke 266. 12. da														
E			hypotens.		21 1-pago. 46 mae no. cl														
F					bp. 75 J.														
G					31 Chade 600g + gato 40														
GLICOSE		LÍQUIDOS	Câncer - Hidr. Glic. 500ml		41 Teoxicon 40 J.														
NODD			Nefro / Crise epil.																
SANGUE			Sal - Teio - Calore da Tela																
			Sed Moxura																
			INFLUSSO THER.		não teme														
					TEMPO DE ANESTESIA														
TOTAL																			
OPERACÃO																			
ANESTESIA		COMB	CHURG		MEDIA SANGUÍNEA														
Dr Adonias / Mariana			Dr Pablo.																

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

13 FEB. 2020



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>Ortopedia</i>	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: <i>Tomáros Rosal Bilim</i>	IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data <i>08/11/19</i>
Bloco:	Enfermaria: <i>Doutor Irún</i>	Leito:	Nº da Sala <i>02</i>	Circulante de Sala:
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()	Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT
<i>01</i>	<i>Fio de Kinehimin 1,5</i>	<i>01</i>
<p><i>Dr. Odinachi Okemini</i> <i>Médico Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM: 1851/RR</i></p>		
MÉDICO CIRUJÃO: <i>Dr. Odinachi</i>		1º AUXILIAR: <i>Dr. Pablo</i>

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTSE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT
<p><i>Dr. Odinachi Okemini</i> <i>Médico Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM: 1851/RR</i></p>		
MÉDICO CIRUJÃO: _____		1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
 CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
 Fone: (0xx95) 2121 0637
 Email: son.mr.hor@mail.com

13 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Josiane Rosan Belém, 33^a</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>08 / 11 / 19</i>		
TIPO <i>Art. Cirurg. de 1º mitotomia se. E + regulorização 5º dada mao E</i>		CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO		
CIRURGIÃO <i>Dr. Potolo</i>		INÍCIO <i>21:56</i>	FIM <i>23:04</i>		
1º AUXILIAR <i>Dr. Odindphi</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. Adonai</i>	TEMPO TOTAL <i>1 hora e 48 min</i>			
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: <i>Dr. Monica R.</i>	INSTRUMENTADOR			
'PO DE ANESTESIA: <i>Rodrigo</i>	CIRCULANTE	<i>Socorro e Bahia</i>			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS-SORO FISIOLOGICO 500ml <i>coletor de O2</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS-SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8,0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>R\$ 10,00</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 10		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES N° <i>atadura gomina</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCCÃO N° <i>elástico</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE N° <i>acova plástica</i>	
	DRENO DE PENROSE N°		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML <i>glicerina N° 20</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL <i>gomina</i>	
	SERINGA 03ML <i>nuocaina Potolo</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA N° <i>mão coxas</i>	
	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM <i>esporo molho</i>	
	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA	
	<i>agulha de naqui</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS <i>200 ml de cloreto de sódio</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL
FUNCTIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Socorro e Bahia</i>		TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
					SOMA
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

13 FEV. 2020

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPAP

卷之三

Nome: José Idade: 33
Data de Nasc: 01/12/25

Data: 08 / 11 / 19

Termo de Consentimento Cirurgia: Sim Não

Termo de Consentimento Anestesia: Sim Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO										INTRA-OPERATÓRIO										Sinais Vitais														
Cirurgia Proposta:					Entrada na Cirurgia					Término da Cirurgia					Término da Anestesia					Anestesia					Cirurgia					SRPA				
1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UU () Sim () Não lateraldade () Sim () Não PNE () Sim () Não Altergia () Sim () Não Qual: _____					Cirurgia Realizada Abdomen Quádrato ósseo					Anestesia Posicionamento					Anestesiado					Localização					Horário T FC PA SP02 ALDRE- D/ DC									
																				0' 15' 30' 45' 1h 01:30h 2h					0' 15' 30' 45' 1h 01:30h 2h									
Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não																																		
Outros: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2																																		
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2																																		
3. Sinais Vitais: T $37^{\circ}C$ R 101 bpm PA $174/115$ mmHg SAT 99%										Outros: Hora: 23:00					Antibiótoterapia Nome: _____ CH: _____					Hidratação Infundida SG 5%: Dose: _____					Hemoderivados Plasma: Plaquetas: _____									
4. Anotações (Admissão do Paciente): PA = _____																																		
5. Entrada na SO: () HT () HB () Hemograma () LRA () Gasometria () Outros: _____																																		
6. N° de Compressas efetuadas: 06																																		
7. AnáATOMO Patológico: () Não () Sim () Outros: _____																																		
8. Observações: 																																		
BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)										Entrada										Saída														
Entrada					Saída					Entrada					Saída					Entrada					Saída									
Hora	Medi- cação	CH	SNC/ Volume	Dreno/Qual.	Hora	SNC/Aspecto	Dreno/Qual.	Hora	Medi- cação	CH	SNC/ Volume	Dreno/Qual.	Hora	SNC/Aspecto	Dreno/Qual.	Hora	Medi- cação	CH	SNC/ Volume	Dreno/Qual.	Hora	SNC/Aspecto	Dreno/Qual.											
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)																																		
Adm nova SAPA acordadada, tensão arterial, pressão arterial, saturação de oxigênio, temperatura, peso, altura, etc.																																		
Destino: () SRPA () UTI () outros: _____																																		

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	251637
NOME	JOSIANE ROSAS BELÉM
DATA DE EXPEDIÇÃO 09/12/2019	
DATA DE VENCIMENTO 04/12/1985	
NOME: JOSÉ RIBAMAR FERREIRA BELÉM MARILDA GOMES ROSAS NATAL MATERNADE MANAUS - AM	
DOC. ORIGEM: CERTID NASC 47298 FLS 303 LIV A-60 MANAUS-AM CFF 847.867.872-72	
2ª VIA AMADEU ROCHA TRIANI <small>Promotor Procuradoria da Pátria Civil Defensor do Povo</small>	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/1983	

PROIBIDO PLASTIFICAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTELERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: JOAQUIM INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIF. / CR. MATRICULAF: 114807 SSP RR

GPF: 383.051.512-04 DATA EMISSÃO: 07/04/1978

PAUTA: JOSE SOUSA DE ASSUNCAO

ONERIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC: DATA: AB:

Nº REGISTRO: 01101912304 VENCIMENTO: 29/01/2021 EXPIRAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÕES: 

LOCAL: ATRIBUIÇÃO DO PORTADOR: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616
88207968020

AVOCADO PÚBLICO: FERNANDO
DIRETOR PESQUISA:
APENAS TURMA
APENAS TURMA

13 FEV. 2020

PRATICADA PLASTIFICADA

980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067517 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM Data do acidente: 08/11/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

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 PÉ ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT ANATÔMICO MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067517 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Eliziane Rosas Belém

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 251.637

ENDERECO: Rua: Florenópolis, n°80 - Mea Cidade

OUTORGADO

NOME: Elair Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 334.807

ENDERECO: Praia: Antônio Pinteiro Galvão - 832, Buriti

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, 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: 08 / 11 / 2019, cobertura invalidez, vitima: Eliziane Rosas Belém.

Aea Vista-RR, 04/12/2019

LOCAL E DATA



Eliziane Rosas Belém

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL
AQUINO**

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião de Notas
Av. Aspásia Dávila, 42097 - Boa Vista/RR
Fone: (65) 3227-3126
Declarado como falecido em 10/07/2019

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

Em testemunho da Verdade, LFB
De que sou eu, Eliziane Rosas Belém
que assinei o documento acima em ciadade portaria.com.br
Consulte o(a) seu(a) abogado em ciadade portaria.com.br
RECFT1682961RHOLKVMV0XGW72

10 FEV. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054979/20

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

CPF: 847.867.872-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: JOSIANE ROSAS BELEM

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JOSIANE ROSAS BELEM : 847.867.872-72

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: 10/02/2020
Nome: JOSIANE ROSAS BELEM
CPF: 847.867.872-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JOSIANE ROSAS BELEM

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054979/20

Número do Sinistro: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

CPF: 847.867.872-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: JOSIANE ROSAS BELEM

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JOSIANE ROSAS BELEM : 847.867.872-72

Autorização de pagamento

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: 13/02/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ILOIR INACIO DE SOUZA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

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. 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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067517

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



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, 28 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200067517**

Vítima: JOSIANE ROSAS BELEM

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIANE ROSAS BELEM

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSIANE ROSAS BELEM

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060892-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Atenciosamente,



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:
	347.867.872-72	Ticiani Renas Belém

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Ticiani Renas Belém	347.867.872-72		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
auxiliar de enfermagem	Rua: Flávio Góes	80	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Meca cidade	Boa Vista	RR	69.300-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
tao1rrr@hotmail.com	(65) 983403-5060		

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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input 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)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

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

Autorizo à 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:	<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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцturo (várias): <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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º 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 - 2º Nome: _____ CPF: _____
--	-------------------------------------

40 - Local e Data, 01/10/2019, Boa Vista - RR.	Assinatura da testemunha
--	--------------------------

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

enc 0001 100000/2019

13 FEV. 2020

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:
	844.867.872-72	Terezine Renas Belém

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Terezine Renas Belém	847.867.872-72		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
autônoma	Rua: Flávio Góes, 1000	80	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Neoca Cidade	Boa Vista	RR	69.300-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
TEREZINE.RENAS.BELEM@HOTMAIL.COM	(055) 98403-5060		

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"/> RECUZO 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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	--

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Caja Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
		(Informar o dígito se existir)	0250	X	60892

Autorizo à 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 (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:	<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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasdutoro (vai nascer)? <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 aqueles 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/10/2013, Boa Vista - RR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 10:58 Data/Hora Fim: 02/12/2019 11:20
Delegado da Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/11/2019 18:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA TRÊS MARIAS

Bairro: Ralar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIANE ROSAS BELEM (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 04/12/1985
Profissão: Auxiliar de Serviços
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marilda Gomes Rosas

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FLORIANÓPOLIS N°: 80
Bairro: NOVA CIDADE

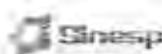
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 199.531.432-34	Placa: NAN6913
Renavam 00302516042	Número do Motor E3G8E-006068
Número do Chassi 9C6KE1510B0008062	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/03/2011	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvidos
Josiane Rosas Belem	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCrito ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RUA TRÊS MARIA, SENTIDO > ESTRELA D'ALVA (ENTRE





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

O NÚMERO 409 E 453), QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA PISTA, FOI ATINGIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NA MESMA RUA. QUE COM O IMPACTO ACABOU CAINDO E SOFRENDO LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PÉS ESQUERDO E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA. QUE O OUTRO MOTOCICLISTA QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM É, PRESTOU TODO O APOIO ATÉ A CHEGADA DO SAMU, QUE NÃO DESEJA FAZER QUALQUER REPRESENTAÇÃO CONTRA O REFERIDO MOTOCICLISTA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Abandono

Josiane Rosas Belém
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os efeitos firmar de direito que sou eu (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei reférm, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; 340-Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIANE ROSAS BELEM

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 00000060892-0

Nr. da Autenticação 954AC9F0B7DC07F2



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Caetano Teles Gomes, 900 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.341.420/0001-44 / INSC. Estadual: 22.007.072-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B
Regime Especial de Impostos/Autonomia pelo SIEKAZ 265/13

Sistema Autônomo de
Impostos/Autonomia
Série B

SEU CÓDIGO
0098730-1

Nº da Nota Fiscal: 202077605

A tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB foi estabelecida
pelo Le nº 10.418-54 26 de abril de 2002.

CONTA PESO	PAGAMENTO	CONSUMO (KWH)	TARIFA (R\$)
NOVEMBRO/2019	28-11-2019	249	414,08

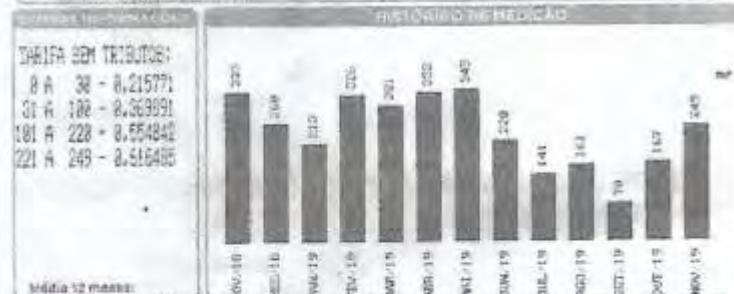
JUSINE ROSA BELEM
A. ELETROPLAS DE NOVA CRISTALINA

CNPJ: 88284766787272

CEP: 69.316-194 - BOA VISTA

DETALHAMENTO DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Mês:	11/19	Atend:	06/11/2019
Anterior:	1225	Anterior:	09-10-2019
Últ. leitura:	25	Próxima leitura:	26-10-2019
Consumo anterior:	1.066	Divulgação:	05-11-2019
Consumo médio:	249	Agressividade:	05-11-2019
Consumo total:	249		14.001,00 01-12/19

CONSUMO	30 A R\$ 0,267003 =	8,01
70 A R\$ 0,457716 =	32,04	
120 A R\$ 0,686582 =	52,38	
29 A R\$ 0,762861 =	22,12	
SUBVENCAO BAIXA RENDA	49,87	
CORRECAO MONETARIA DA 09/19-00		0,02
CORR MONETARIA TCO (IG 3/24)		0,76
MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00		0,19
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00		5,46
MULTA POR ATRASO 09/19-00		235,78
PARCELAMENTO DE DEBITO 3/24		2,09
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00		25,23
ILUMINACAO PUBLICA		



07/02/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1089153



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4296867

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
163	11-JAN-20	R\$ 177,05

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	12/2019	R\$ 177,05

836000000015.770500750003.000000001081.915312190050



13 FEV. 2020

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)

Capitais 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza

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

Josiane Rosane Belém inscrito (a) no CPF sob o Nº 847.867.872-72

do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Josiane Rosane Belém

inscrito (a) no CPF sob o Nº 847.867.872-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

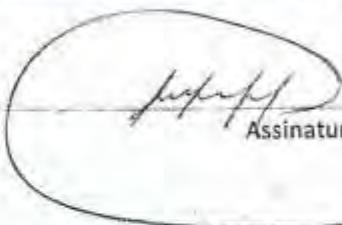
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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:	<u>Rua Antônio Linheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bonito</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69-309-209</u>
E-mail:	<u>ELOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(95) 98403-5060</u>	

Local e Data: Bonito - RR, 10/02/2020


Assinatura do Declarante

13 FEV. 2020