

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2690060420200416111247

Processo 0809647-42.2020.8.23.0010 ☆ - (14
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 de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

5 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 5

500 por pág. ▾1



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

Processo: 08096474220208230010

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 **MATHEUS RUAN PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/10/2019**, restando permanentemente inválida.

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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.

PARECER DE ANALISE MEDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200034528	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA	Data do acidente: 18/10/2019	Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 07/02/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TRAUMA QORTO CONTUSO EM TIBIA PROXIMAL DIREITA. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ D., SUTURA EM TIBIA. PG. 5 ALTA.				
Sequelae permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.				
Sequelae: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 18/10/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023667-3

Autenticação:

D1C29CD5FA98CD0F23BB08EEF6661FE3062E5644F52C6EA7871255DB43C73C23

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; e

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 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 HOUE 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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

⁷art. 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 exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 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 GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MATHEUS RUAN PEREIRA DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08096474220208230010.

Rio de Janeiro, 7 de abril de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP 2695	DATA 18/10/2019	TIPO OUTROS	UND OP CIPTUR	DP
HORA TRANS. 16:13:00	HORA INICIAL 16:13:00	HORA CHEGADA 16:30:00	HORA FIM 18:45:00	VTR CIPTUR 01
KMINICIAL 50362	KM FINAL 50385			
Código Ocorrência - 1003 - 1001	Código Providência - 13005 - 13006 - 13023 - 13999 - 13010		Código Serviço Prestado	
Local da Ocorrência RUA: R. Murilo Teixeira Cidade c/ Tv. Dos Macuxis, N° S/N, BAIRRO: DOUTOR SILVIO LEITE				

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ
RG: 126531	CPF: 446.330.172-68
	CNH: 02614999663
	Idade: 43
	País: BRASIL
ENDEREÇO:	Praça do Centro Cívico, Tribunal de Justiça, Centro
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE
CONDICÕES: 1	
2 ENVOLVIDO	DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA
RG: 4918045	CPF: 045.330.652-79
	CNH: N/INF
	Idade: 16
	País: BRASIL
ENDEREÇO:	Rua Antonio Moreira de Moraes, 122, Alvorada
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE
CONDICÕES: 1	

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender tal ocorrência, no local se tratava de um acidente com vítima.

Segundo o que foi apurado no local, o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da Polícia Militar/TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teive/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venício de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa Dos Macuxis no sentido Bairro/Centro. Informo ainda que a motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva.

No cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta foram encaminhados ao PSE/HGR por terceiros.

O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o PERITO JACI CAETANO.

O cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal.

Os veículos estavam em situação regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva (CNH: 02915510894), que é parente dos ocupantes da motocicleta.

O condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC e não pode ser encaminhado até esta Delegacia de Polícia Civil, pois está recebendo atendimento médico especializado.

Em seguida confeccionamos este documento para conhecimento e registro.



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

21 JAN. 2020

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

- 1-
2-
3-
4-

Hurici Ly Rodrigues
NOME POLICIAL

42000300
MATRÍCULA

Silva
ASSINATURA

D
P

BOA VISTA/RR 18/10/2019

IMPRESSO POR 183 EM 18/10/2019 AS 19:19:05

COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

CIPTUR

Rua

Fones: (95)



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901175503	18/10/2019 16:48:39	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MATHEUS RUAN PEREIRA DA SILVA		24/09/2003	16 A 0 M 24 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				M		PARDA
Mãe	Pai			Contato		
WALTERVANIA PEREIRA	CRISTIANO PEREIRA DA SILVA					
Endereço						Ocupação
RUA - ANTONIO MOREIRA DE MORAIS - 452 - - -						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Selador	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		ANTONIA.SOARES			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:48h)						
Acidente de moto						
Amputação traumática de						
Exame Físico						
Podo do 1º pé do pé (D)						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1 D DILIPERONA 20 EU				17:05		
2 DILITOL 400 EU						
3 A.V.D.						
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brfo. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - 69200-000 A.J. S. L. O. 0 - NOV 2019						
Condução						
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para:				☐ Ambulatório ☐ Observação (Atendimento em casa) ☐ Internação Data e Hora da Saída:		
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica		

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 18/10/2019 16:49:23

© 2019
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
S/A - Indústria e Comércio
Rua 1, 111 - 11111-111

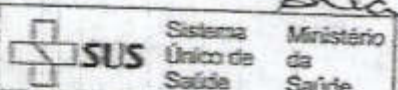
21 JAN. 2020



1901175503

D

Data: 21/10/19



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente com lesão em HbA1c
+ Angiotensina + tratamento de 2º Boto
do 1º Boto.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto Unif. (Sutura + regulon zero
de coto)

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

Anamnese + Rx + Ex - F/S/O

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

lesão HbA1c + Angiotensina e 2º Boto

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

21 JAN. 2020



0415040035 → R02

T013

040860425 → V099

598.1



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 18.10.19

O.S. _____

Mathews Lucas
Souza

Usado em Hbraz D.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: + Amputação traumática 2º dedo da

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Regulização de coto + sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Poracer +

1º AUXILIAR: Dr. Elton

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Elton Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15287 RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDH sob anestesia.
- 2- Antépsia + Antisséptica
+ colocação de curativos estériles
- 3- LMC com sol 0,9% +
clorexidina 2%.
- 4- Sutura da lesão em Hbraz
proximal. (D)
- 5- regulização de coto em
2º dedo da mão (D)

21 JAN. 2020

Segue

6 - curativo
7 - RPA

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 2026

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Associação Profissional dos Brancos

FICHA DE ANESTESIA

Matheus Nuvon Pereira 16a RHE de Alagoas

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

11

Nº 18/10/19

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	240												
X	220												
ULSO	200												
●	180												
ANES	160												
X	140												
OP	120												
O	100												
TEMP	80												
□	60												
ASPR	40												
A	20												
RESP													
O													
Expon													
Assist													
Contro													
SÍMBOLOS													
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES										
Atropina 1mg	1mg	LVT sub ventral	1) Check List. OK										
Midazolam 2mg	2mg	expiratório	2) Ventose 8 18 msd. OK										
C			3) Propofol 30 mg 10										
D			4) Midazolam 2.5 mg 10										
E			5) PCT disposto ao RPS.										
F													
G													
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea											
NOCD		Naso / Oritracheal - Cega											
SANGUE		Gal - Temp - Catete do Tubo											
		Sob Máscara											
		Dificuldade Técnica											
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA											
OPERAÇÃO													
ANESTESIA	CÓDIGO	GRUPO	PERDA SANGÜÍNEA										
De lause		De lause											

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308
CRH 308/RR

21 JAN. 2020

anestesiologista

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

16º

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
MATHEUS RIAN PEREIRA DA SILVA			1901175503	18/10/2019	
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
TIP@		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Lompezo Cirurgico + sutura mie + regularização de coto 3º podo doctilo "D"		18:00	18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano / Dr. Mariso			
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Res. Emanuel			
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE	Hilma / Ramundo			
TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Pares m/g		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 4/0	Adura gupton 6m
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	cateter de 02
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML			GEOFOAM	Elétrades
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: Tópico	± 200ml
				Alcool 70%	± 300ml
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Rebeca E	SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	Luciano	TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
FIM DE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

21 JAN. 2020

21 JAN. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE		
NOME ILOIR SPACIO DE SOUZA		
	DOC. IDENTIDADE / RG, EMISSORAF 114807 SSP RJ	
	CPF 383.051.512-04	DATANASCIMENTO 07/04/1978
	FUNÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
	ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
TIPO	PERMISSÃO	ACC CATIVA JR
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020	VIMPERFACAO 15/12/1999
OBSERVAÇÕES		
		
ASSINATURA DO DIRETOR		
LOCAL BOA VISTA - ROBERTINA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
		92485240616 RR207968020
ASSINATURA DO DIRETOR		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO		

980151096

980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

CRISTIANO PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA:
 120607 SSP RR

CPF: 382.778.082-91 **DATA NASCIMENTO:** 12/09/1971

FILIAÇÃO:
 ANTONIO FERREIRA DA SILVA
 NILEA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ **ACC:** ☒ **CAT. NAU:** AB

Nº REGISTRO: 02915510894 **VALIDADE:** 06/01/2022 **Nº HABILITACAO:** 13/06/2003

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:
CRISTIANO PEREIRA DA SILVA

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA **DATA DE EMISSAO:** 09/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR:
 36059158808
 RR209108657

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1360577379

PROIBIDO PLASTIFICAR
1360577379

21 JAN. 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034528 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TIBIA PROXIMAL DIREITA.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ D., SUTURA EM TIBIA. PG. 5 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034528 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TIBIA PROXIMAL DIREITA.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ D., SUTURA EM TIBIA. PG. 5 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Cristiano Pereira da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	120607
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Moreira Moraes, 452, Alvorada

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832 - Buitis

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: 18 / 10 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Matheus Luam Pereira da Silva

Boa Vista-RR 14.11.2019

LOCAL E DATA

Cristiano Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Alameda Teófilo, 4107 - Ass. Brasil - Boa Vista/RR
 Fone: (93) 3627-4180
 daniel@boavista2cartorio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 de CRISTIANO PEREIRA DA SILVA

Em testemunho da verdade, BPO
 De que dou fé. Boa Vista-RR, 14 de novembro de 2019.
 Consulte o(s) selo(s) abarcado em: portal.selori.com.br
 REC.FIR.1662961307E3KSDP6Y68711

Emolumentos: R\$ 2,45 - Fundos ISS: R\$ 0,55 - SELO: R\$ 3,40 - Total: R\$ 4,40

Thaís Carneiro Barbosa dos Santos
 Escrevente Autorizada

21 JAN. 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Cristiano Pereira da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	120607
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Moreira Moraes, 452, Alvorada

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832 - Bunito

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: 18 / 10 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Matheus Luam Pereira da Silva

Boa Vista-RR 14.11.2019

LOCAL E DATA

Cristiano Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Alameda Teófilo, 4107 - Ass. Brasil - Boa Vista/RR
 Fone: (93) 3627-4180
 daniel@boavista2cartorio.com.br

15.940.500/1801/15
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 de CRISTIANO PEREIRA DA SILVA

Em testemunho da verdade, BPO
 De que dou fé. Boa Vista-RR, 14 de novembro de 2019.
 Consulte o(s) selo(s) abarcado em: portal.selori.com.br
 REC.FIR.1562961307E3KSDP6Y68711

Emolumentos: R\$ 2,45 - Fundos ISS: R\$ 0,55 - SELO: R\$ 3,40 - Total: R\$ 4,40

Ilair Inacio de Souza
 Ilair Inacio de Souza
 Escrevente Autorizada

21 JAN. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029318/20

Número do Sinistro: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 078.808.142-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA : 078.808.142-05

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: 03/02/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029318/20

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 078.808.142-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA : 078.808.142-05

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: 21/01/2020
Nome: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 078.808.142-05

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS RUAM PEREIRA 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023667-3

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (pôlido) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 078.808.142-05 3 - CPF da vítima: 078.808.142-05 4 - Nome completo da vítima: Mathew Ruam Pereira 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: Mathew Ruam Pereira da Silva 6 - CPF: 078.808.142-05
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Antonio Moreira Moraes 9 - Número: 452 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 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: Cristiano Pereira da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 382.778.082-91 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 23667 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do casamento: _____
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 (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão legível da assinatura do requerente

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 17/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 078.808.142-05 3 - CPF da vítima: 078.808.142-05 4 - Nome completo da vítima: Mathew Ruam Pereira 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: Mathew Ruam Pereira da Silva 6 - CPF: 078.808.142-05
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Antonio Moreira Moraes 9 - Número: 452 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 95198403-5060

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: Cristiano Pereira da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 382.778.082-91 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 23667 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do casamento: _____
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 (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão legível da assinatura do requerente

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 17/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/11/2019 10:29 Data/Hora Fim: 11/11/2019 10:51
Origem: Polícia Militar
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 18/10/2019 18:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Murilo Cidade c/ Travessa dos Macuxis

Bairro: Dr. Silvio Leite
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 43
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Praça do Centro Cívico - Tribunal de Justiça
Bairro: Centro

Nome Civil: DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 16
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Antonio Moreira de Moraes Nº: 122
Bairro: Alvorada

Nome Civil: CRISTIANO PEREIRA DA SILVA (COMUNICANTE , REPRESENTANTE LEGAL)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: CE - Fortaleza Sexo: Masculino Nasc: 12/09/1971
Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Wilka Pereira da Silva Nome do Pai: Antonio Ferreira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 382.778.082-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Antônio Moreira de Moraes Nº: 452



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/11/2019 10:52
Protocolo nº: Não disponível

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99135-4795 (Celular)

Nome Civil: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 24/09/2003
Profissão: Estudante Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Walterlânia Pereira dos Santos Nome do Pai: Cristiano Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 078.808.142-05
RG - Carteira de Identidade: 426701-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 34.812.669/0001-08	Placa NAR-0403
Renavam 01113336673	Número do Motor 4M41UCBG9517
Número do Chassi 93XXNKB8THCG29711	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo MMC/L200 TRITON GLX D
Modelo MMC/L200 TRITON GLX D	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
João Batista Leite Muniz	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 045.648.782-47	Placa NAQ-0104
Renavam 01116290518	Número do Motor KC22E0H034519
Número do Chassi 9C2KC2200HR034487	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Devson Venicio de Oliveira Lima	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/11/2019 10:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

CONFORME ROP/PM-CIPTUR 2695 :

A guarnição foi acionada para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito, no local foi verificado que se tratava de acidente com vítima; QUE foi apurado no local, que o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da polícia militar/ TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teive/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venício de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa dos Macuxis no sentido bairro/Centro. A motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva; QUE no cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta foram encaminhados ao PSE/HGR por terceiros. O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o perito JACI CAETANO; QUE o cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal; OS veículos estavam regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva- CNH: 02915510894, que é parente dos ocupantes da motocicleta. QUE o condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC, e segundo o ROP, o condutor não pode ser encaminhado até o DP, por está recebendo atendimento médico especializado.

O COMUNICANTE SENHOR CRISTIANO COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT OS DADOS DA MOTOCICLETA DE PLACA NAQ-0104, DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA E QUE ESTÁ EM NOME DE VICTOR PEREIRA DA SILVA, A QUAL SEU FILHO MATHEUS RUAN ERA PASSAGEIRA NA GARUPA DA MESMA, NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS, O QUE FOI FEITO ACIMA. QUE NÃO DESEJOU REPRESENTAR CRIMINALMENTE, É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 042000908
Responsável pelo Atendimento

Cristiano Pereira da Silva
(Comunicante / Representante Legal)

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 deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

21 JAN. 2020

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023667-3

Autenticação:

D1C29CD5FA98CD0F23BB08EEF6661FE3062E5644F52C6EA7871255DB43C73C23

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - 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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 3985019

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	412	449,71

WALTERLANIA PEREIRA DOS SANTOS
R. ANTONIO MOREIRA MORAES 452 - ALVORADA
CEP: 69.317-192 - BOA VISTA
CPF: 00034254722249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34648	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-4-1-1
Anterior: 34236	Anterior: 10/10/2019	Classe/Subclasse: RESID. BK. RENDA
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 07/12/2019	Ligação: 1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 06/11/2019	Número Medidor: E2730696
Consumo medido: 412	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 412		Modalidade: N 1419966

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	30 A R\$ 0,266630 = 7,99
	70 A R\$ 0,457078 = 31,99
	120 A R\$ 0,685623 = 82,27
	192 A R\$ 0,761797 = 146,26
	52,88
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-
CORR MONETARIA TCD (IG 3/12)	
PARCELAMENTO DE DÉBITO 3/12	155,97
ILUMINACAO PUBLICA	25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
30 A 30 - 0,215470	
30 A 100 - 0,369375	
100 A 220 - 0,654697	
220 A 412 - 0,615625	
Média 12 meses: 474	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 467,93

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800749120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 145,20	Encargos: 7,87	Base de Cálculo: 268,51	Alíquota: VALOR
Distribuição: 63,94	Tributos: 51,68	ICMS: 17,88%	45,64
Transmissão: 8,00		PIS: 0,37%	1,01
		COFINS: 1,80%	4,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMIC	DCRI
Mensal: 9,24	Mensal: 8,46	Mensal: 4,99	Mensal: 4,99
Trimestral: 18,49	Trimestral: 16,92		
Anual: 36,99	Anual: 33,84		
Realizado: 0,00	0,00	0,00	
Conjunta: FLORESTA	Período de apuração: 09/2019	EUSD: 104,76	

ROT: 30.001.29.11.007060

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0062273-7

MÊS FATURADO: 11/2019

Nº da Nota Fiscal: 3985019

TOTAL A PAGAR - R\$: 449,71

VENCIMENTO: 01/12/2019

FCAM*

83600000004 9 49710075000 7 00000000062 0 27371119008 5



SEQ.: 0145 UC: 0062273-7 DT.LEIT.: 07/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 34648 NORMAL TOTAL: 449,71 CARGA: 023
DT.VENC.: 01/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4101

21 JAN. 2020

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - 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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 3985019

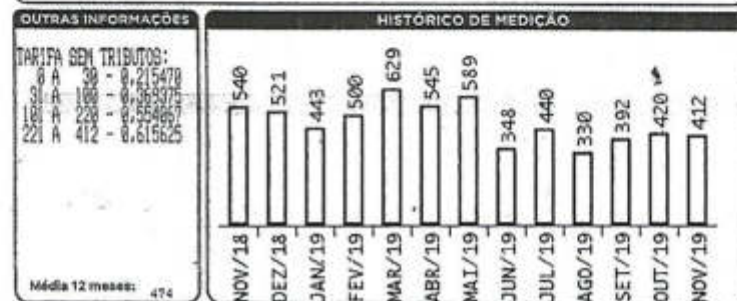
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	412	449,71

WALTERLANIA PEREIRA DOS SANTOS
R. ANTONIO MOREIRA MORAES 452 - ALVORADA
CEP: 69.317-192 - BOA VISTA
CPF: 00034254722249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34648	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-4-1-1
Anterior: 34236	Anterior: 10/10/2019	Classe/Subclasse: RESID. BK. RENDA
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 07/12/2019	Ligação: 1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 06/11/2019	Número Medidor: E2730696
Consumo medido: 412	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 412		Modalidade: N 1419966

DESCRÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	30 A R\$ 0,266630 = 7,99
	70 A R\$ 0,457078 = 31,99
	120 A R\$ 0,685623 = 82,27
	192 A R\$ 0,761797 = 146,26
	52,88
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-
CORR MONETARIA TCD (IG 3/12)	
PARCELAMENTO DE DÉBITO 3/12	155,97
ILUMINACAO PUBLICA	25,23



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 467,93

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800749120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 145,20	Encargos: 7,87	Base de Cálculo: 268,51	Alíquota: VALOR
Distribuição: 63,94	Tributos: 51,68	ICMS: 17,88%	45,64
Transmissão: 8,00		PIS: 0,37%	1,01
		COFINS: 1,80%	4,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMIC	DCRI
Mensal: 9,24	Mensal: 8,46	Mensal: 4,99	Mensal: 4,99
Trimestral: 18,49	Trimestral: 16,92		
Anual: 36,99	Anual: 33,84		
Realizado: 0,00	0,00	0,00	
Conjunta: FLORESTA	Período de apuração: 09/2019	EUSD: 104,76	

ROT: 30.001.29.11.007060

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0062273-7

MÊS FATURADO
11/2019

Nº da Nota Fiscal: 3985019

TOTAL A PAGAR - R\$
449,71

VENCIMENTO
01/12/2019

FCAM*

83600000004 9 49710075000 7 00000000062 0 27371119008 5



SEQ.: 0145 UC: 0062273-7 DT.LEIT.: 07/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 34648 NORMAL TOTAL: 449,71 CARGA: 023
DT.VENC.: 01/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4101

21 JAN. 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Iloir Inacio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Matheus Ruam Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.808.142 / 05
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Matheus Ruam Pereira da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.808.142 / 05, 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 Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 17/01/2020

Assinatura do Declarante

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP 2695	DATA 18/10/2019	TIPO OUTROS	UND OP CIPTUR	DP
HORA TRANS. 16:13:00	HORA INICIAL 16:13:00	HORA CHEGADA 16:30:00	HORA FIM 18:45:00	VTR CIPTUR 01
KMINICIAL 50362	KM FINAL 50385			
Código Ocorrência - 1003 - 1001	Código Providência - 13005 - 13006 - 13023 - 13999 - 13010		Código Serviço Prestado	
Local da Ocorrência RUA: R. Murilo Teixeira Cidade c/ Tv. Dos Macuxis, N° S/N, BAIRRO: DOUTOR SILVIO LEITE				

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ			
RG: 126531	CPF: 446.330.172-68	CNH: 02614999663	Idade: 43	País: BRASIL
ENDEREÇO: Praça do Centro Cívico, Tribunal de Justiça, Centro				
2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE CONDIÇÕES: 1				
2 ENVOLVIDO	DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA			
RG: 4918045	CPF: 045.330.652-79	CNH: N/INF	Idade: 16	País: BRASIL
ENDEREÇO: Rua Antonio Moreira de Moraes, 122, Alvorada				
2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE CONDIÇÕES: 1				

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender tal ocorrência, no local se tratava de um acidente com vítima.

Segundo o que foi apurado no local, o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da Polícia Militar/TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teive/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venício de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa Dos Macuxis no sentido Bairro/Centro. Informo ainda que a motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva.

No cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta foram encaminhados ao PSE/HGR por terceiros.

O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o PERITO JACI CAETANO.

O cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal.

Os veículos estavam em situação regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva (CNH: 02915510894), que é parente dos ocupantes da motocicleta.

O condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC e não pode ser encaminhado até esta Delegacia de Polícia Civil, pois está recebendo atendimento médico especializado.

Em seguida confeccionamos este documento para conhecimento e registro.



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

21 JAN. 2020

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

- 1-
2-
3-
4-

Hurici Ly Rodrigues
NOME POLICIAL

42000300
MATRÍCULA

Silva
ASSINATURA

D
P

BOA VISTA/RR 18/10/2019

IMPRESSO POR 183 EM 18/10/2019 AS 19:19:05

COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

CIPTUR

Rua

Fones: (95)



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901175503	18/10/2019 16:48:39	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MATHEUS RUAN PEREIRA DA SILVA		24/09/2003	16 A 0 M 24 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				M		PARDA
Mãe	Pai			Contato		
WALTERVANIA PEREIRA	CRISTIANO PEREIRA DA SILVA					
Endereço						Ocupação
RUA - ANTONIO MOREIRA DE MORAIS - 452 - - -						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sabor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		ANTONIA.SOARES			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:48h)						
Acidente de moto						
Amputação traumática de						
Exame Físico						
Podo do pé do pé (D)						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
DIPLOMA 20 EU			17:05			
TILLOT 405 EU						
A.V.D.						
Conduta						
☐ Alta por Decisão Médica			☐ Ambulatório			
☐ Alta a Pedido			☐ Observação (Atendimento a presente)			
☐ Alta a Revelia			☐ Internação			
☒ Transferência para:			Data e Hora da Saída			
óbito			Data e Hora da Saída			
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não			Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 18/10/2019 16:49:23

© 2019
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
S/A - Indústria e Comércio
Rua 11, 111 - 11111-111

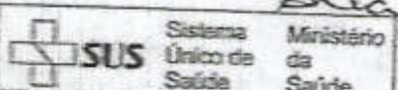
21 JAN. 2020



1901175503

D

Data: 21/10/19



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente com lesão em HbA1c
+ Angiotensina + tratamento de 2.º Bdo
da HbA1c.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HbA1c elevado (sintoma + regulador
de glicose)

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

Audiência + Rx + Ex - F/S/O

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

lesão HbA1c + Angiotensina e 2.º Bdo

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

21 JAN. 2020



0415040035 → R02

T013

040860425 →

V099

598.1



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 18.10.19

O.S. _____

Mathews Lucas
Souza

Usado em Hbraz D.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: + Amputação traumática 2º dedo da

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Regulagem de coto + sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Poracer +

1º AUXILIAR: Dr. Elton

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Elton Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15287 RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDH sob anestesia.
- 2- Antépsia + Antisséptica + colocação de curativos estériles
- 3- LMC com sol 0,9% + clorexidina 2%.
- 4- Sutura da lesão em Hbraz proximal. (D)
- 5- regulagem de coto em 2º dedo da mão (D)

21 JAN. 2020

Segue

6 - curativo
7 - RPA

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 2026

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Associação Profissional dos Brásileiros

FICHA DE ANESTESIA

Matheus Nuvon Pereira 16a RHE de Alagoas
Nº 18/10/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	240												
X	220												
ULSO	200												
●	180												
ANES	160												
X	140												
OP	120												
O	100												
TEMP	80												
ASPR	60												
A	40												
RESP	20												
O													
Expon													
Assist													
Contro													

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Atropina	0,01 mg/kg	LVT sub ventral	1. Check List. OK
Midazolam	0,1 mg/kg	expiratório	2. Ventose 8 18 mSD. OK
C			3. Propofol 30 mg/10
D			4. Midazolam 2,5 mg/10
E			5. PRT disposto ao RPS.
F			
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NOCD		Naso / Oritracheal - Cega	
SANGUE		Gal - Temp - Catete do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA	CÓDIGO	GRUPO	PERDA SANGÜÍNEA

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308
CRH 308/RR

21 JAN. 2020

anestesiologista

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

16º

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
MATHEUS RIAN PEREIRA DA SILVA			1901175503	18/10/2019	
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
TIP@		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Lompezo Cirurgico + sutura mie + regularização de coto 3º podo doctilo "D"		18:00	18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano / Dr. Mariso			
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Res. Emanuel			
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE	Hilma / Ramundo			
TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Pares m/g		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 4/0	Adura gupton 6m
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	cateter de 02
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML			GEOFOAM	Elétrades
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: Tópico	± 200ml
				Alcool 70%	± 300ml
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Rebeca E	SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	Luciano	TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
FABRICAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

21 JAN. 2020