

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2732972020200601144510

Processo 0812423-15.2020.8.23.0010 ☆ - (14
dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. ▾1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08124231520208230010

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 **ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL**, 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 **19/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/11/2018**.

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200141728	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL	Data do acidente: 19/11/2018	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 13/04/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE C2-C3 COM LISTESE.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA. P 16.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.				
Documentos complementares:				
Observações: @ P 16.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e 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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **19/11/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027585-3

Autenticação:

AAB95F64C891F80CEC805A7CC9A1E63441A9FA467FD246DC4D29B85414E7BCCA

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.

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.”

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

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

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

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

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

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há

63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

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

valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

Para fins do 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, 22 de maio de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexó 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 seqüela 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 seqüelas 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%)	Media (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **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 **ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08124231520208230010.

Rio de Janeiro, 22 de maio 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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELUIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 93, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.120.362 / 37

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.120.362 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

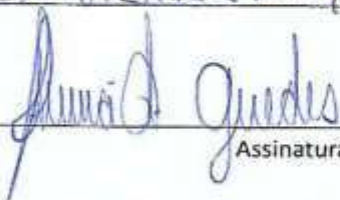
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>AV. BENTO BRASIL</u>	Número:	<u>248</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>69.303-050</u>
				Tel.(DDD):	<u>(95) 9248-5200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 02 DE ABRIL DE 2020



Assinatura do Declarante



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.

1801036571 19/11/2018 06:13:16 FICHA DE ATENDIMENTO TOMOGRAFIA NOTURNO 19- 3

Paciente **ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL** Data Nascimento **06/10/1999** Idade **19 A 3 M 10 D** CNS **704808567717841** CPF **04512036237** Prontuário **00154509**

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 469642-5 SSP/RR 08/11/2013 F SOLTEIRO(A) PARD A BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe **MARCELA SOUZA PIMENTEL RIBEIRO** Pai **WALDIR PIRES RIBEIRO** Contato **(95) 99117-0789**

Endereço **RUA - TERTULIANO CARDOSO RAMOS - 1325 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO** Registrado por: **ANA.KARLA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

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

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: geraldo.oliveira
Data Hora: 16/01/2019 08:19:13

© 2019
SISTEMA - Sistema de Informação em Saúde
Rua: ...
Fone: ...



1801036571

GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral do Roraima - PAAR / PSFE
Presidente Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

180107571

11/11/2018 06:13:16

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 3

Paciente: **ALANY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL** Data Nascimento: **06/10/1999** Idade: **19 A 1 M 13 D** CNS: **704808567717841** CPF: **04512036237** Provituario: **00154592**
Tipo Doc: **Identidade** Documento: **482-5** SSP/RR Data Emissão: **08/11/2013** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO (APARDA)** Raça/Cor: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **MARCELA SOUZA PIMENTEL RIBEIRO** Pai: **WALDIR PIRES RIBEIRO** Contato: **(95) 99117-0793**
Endereço: **RUA - CARDOSO RAMOS - 1325 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR** Ocupação:

Class. Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **DEMANDA ESPONTANEA** Amortização: **ANAKARLA**
Motivo: **URGÊNCIA** Caráter do Atendimento: **Profissional do Atend.** Procedência: **Temp.** Registro por: **ANA KARLA**
ACIC: **0** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: **REGISTRADO POR ANAKARLA**
Sócio: **DEMANDA ESPONTANEA**

Quel: **PA: 120, 80** ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Surto de Dengue

Amam: **Fc = 80 bpm Satis - 99%**

GSC: **AO 1234 RV: 12345 MR: 123456** TOTAL: **35**

120 A CONSULTA - 06:15 h
ut ut lva de visão carvão x poste (com 1 ut lva total), triagi.
da pelo SAMU que relatou que pct estava desmaibrando no local do ac.
H: cl. color. normal; em prancha rígida; vias aéreas permeas.
B: mve bilateral sem RA. CAC: RCA 2T BNP 1/1. Sem rgo ativo.
D: pupilas iso cócor e foto reagentes. força preservada em men.
E: Glasgow 15; lucida e orientada. Dm 2 polpa cto em região
cristina.

rel trauma.

Elementares
☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ SGA ☐ OTC

PRESCRIÇÃO

1) Imuniz. 2) SF 0,9% 500 ml (EV) água e repetir após 6h 50% 20ml
3) Id prova 2g EV água
4) Reduto TC de novo abdução e cervical.
5) Avaliação da neurocirculação.

Com: **14 de Novembro**
Indicação Médica: **14 de Novembro**
Ido: **14 de Novembro**
Relat: **14 de Novembro**
cia para: **14 de Novembro**

Sim? ☐ Sim, ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Paciente ou Responsável: **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impressão: **14:01**

Data: **14:01**

1545AAB04C858-24F1-4F7A-8E6F-96296A728C6A

09.11.18 -

WINDAS AUMENTE DE CINTO E POSTE (CANOA) COM BARRAS
DE DIFERENÇA E DOE EM REGIÃO FRONTAL DIREITA

QUASOUM 15, PIRE

COM RIGID NERVOLOGICO

MOVIMENTOS PRESERVADOS EMUS IMITE

- C. CINTO: NORMAL

- C. COLUNA CERVICAL: ANTERO LATERAL C2-C3 FRATURA PIRE
APRILARIS A DIREITA DE C2.

- C2: FRATURA C2

- C3: NORMAL

- DOUADO POR COLUNA CERVICAL

Dr. Fabricio F. de Almeida
Neurocirurgia
CRM-RR 1407
CNS 20154981375000-2

HOSPITAL GERAL DE ROBERTO
AV. Brig. Eduardo Gomes, 516
Novo Planalto Tel (95) 2171-0025
AUTENTICACAO
10 JAN 2019
Certifico que o(a) Fz o(a) presente
cópia e a reprodução Original
com fei e a data desta Hospita

BLOCO A

Auto 24.1.2013

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Guarry Ribeiro de Souza Pimentel

ALANY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

710415 051567 707181413

DATA DE NASCIMENTO
06/10/1993

154509

Fem

Marcio Souza Pimentel Ribeiro

R. Tullio de Lencastre, 1325, Santa Luzia

De Visto

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- AUTENTICAÇÃO DE ACIDENTE X POSSE (CARONA)
COM FRATURA C2-C3 INTEROLIGAMENTAR
FRANKEL E.

Agua



FRATURA C2 (ANTERIORE)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRANSFERÊNCIA CONSERVAÇÃO FRATURA C2

2013 00000

2013 00000

2013 00000

DATA DA AUTORIZAÇÃO
19/11/13

Dr. Fabricio P. de Almeida
Neurocirurgião
CRM RR 1407
CNS 20154981375000

AUTORIZAÇÃO

COD. ORGÃO EMISSOR

49-4ª DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0303040114
5121
V299



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 19/nov/2018 DN: 06/10/1999

PACIENTE: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

DIAGNÓSTICO: FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE

ALERGIAS: N.D.N.

IDADE: 19 ANOS

Risco Cirurgico

LEITO: GT: DATA: 19/nov/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL (Jugo)	
2	SFO 7% 100ML EV 12/12 H	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6 H	
4	PARACETAMOL 500MG 1 COMP 10/6 H	
5	TRAMADOL 50MG + SFO 7% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SN	
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H	
7	PLASIL 10MG + SFO 7% 100ML EV 8/8 H SN	
8	CABECEIRA FLEVADA 45°	
9	SINAIS VITAIS 6/6 H	
10	CG	
11	APRIMAR PLANCHAS RIGIDAS	
12		
13		
14		
15		
16		
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI 25-300 4UI; 301-350 6UI 351-400 8UI; > 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA	
18		
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO C2-C3 SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL

Antônio Rodrigues
Técnico em Radiologia
CORRENTE 13030213

NIR
Regulado
para leito

104-1

6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	107x67	79	19	35,6
18 H	115x62	77	19	36,0
24 H	126/86	76	18	36,5

Regulação Interna
Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORRENTE 71579

NIR
Regulado
para leito

F-06

Regulação Interna

0000001

8:30. Pac. deu entrada às 9:30 nesse unidade proveniente do Trauma.

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORRENTE 71579

12:00 p.m. -
Lado a med.
do item 4
esta em fase
na farmácia.

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORRENTE 71579

9h Realizado coleta
de Sangue
Exames laboratoriais

Ateliê
Técnico em Enfermagem
CORRENTE 71579

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORRENTE 71579



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

HER
Hospital Geral de Roraima

304.1

DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018 DN

06/10/1999

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

N.D.N.

19 ANOS

LEITO

Risco Cirurgico

104-1

DATA

20/nov/2018

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL	SNB
2	SFO 9% 1000ML EV 12/12 H	12 24
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6 H	12 24
4	PARACETAMOL 500MG I COMP VO 6/6 H	12 24
5	TRAMADOL 50MG + SFO 9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SN	12 24
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H	12 24
7	PLASIL 10MG + SFO 9% 100ML EV 8/8 H SN	12 24
8	CABECEIRA ELEVADA 45°	SN
9	SINAIS VITAIS 6/6 H	745
10	CG	12 17 24 06
11	SENTAR FORA DO LEITO	
12	ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO	
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; 401-450 10UI E QD GLICOSE > 70 DL/ML, GLICOSE 60-70 DL/ML EV- AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM E COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107x52	71		
12 H	100x80	90		36.4
18 H	100x70	89		36.0
24 H	115x68	85	18	36.0

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIA

Obs: 20/11/18 - Não adm. item no 04 não disponível na farmácia nesta data - pontado



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018

DN

06/10/1999

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

N.D.N.

19 ANOS

LEITO

Risco Cirurgico

104-1

DATA

PRESCRIÇÃO

23/nov/2018

HORÁRIO

SND

12 18 24
12 18 24
SN 18 24
SN 22 06

Atenção
Atenção

Atenção

DIETA GERAL

SFO.9% 1000ML EV 12/12 II

CEFALOTINA 1G EV 6/6 H

PARACETAMOL 500MG 1 COMP 10/6 H

TRAMADOL 50MG - SFO.9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORAS

RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

PLASIL 10MG + SFO.9% 100ML EV 8/8 H S/N

CABECHEIRA ELEVADA 45°

SINAIS VITAIS 6/6 II

CG

SENTAR FORA DO LEITO

ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR
(SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI, 251-300
4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, > 400 10 UI E OU
GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV -
AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15. PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO CD 1. SOLICITADO RMN DE COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	101x58	76		
12 H	101x58	75		35.6
18 H	100x60	87		35.2
24 H	105x60	92		

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

11:10 pouca no tubo, medicação EPM, Verificado SSVV sem interferência

Plantas noturnas por no leito está calma, orien-
tado Afetivo SSVV administrado Meon

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

404-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		19/nov/2018		DN		06/10/1999	
PACIENTE		ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL					
DIAGNÓSTICO		FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE					
ALERGIAS		N.D.N		Risco Cirurgico			
IDADE		19 ANOS		LEITO		104-1	
ITEM				DATA		26/nov/2018	
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA GERAL						HORARIO
2	SF0,9% 1000ML EV 12-12 H						12h
3	CEFALOTINA 1G EV 8-8 H						12h
4	PARACETAMOL 500MG 1x200mg EV 8-8 H						12h
5	TRIMETOPRIM 50MG + SF0,9% 100ML EV 8-8 H						12h
6	RANITIDINA 50MG EV 8-8 H						12h
7	PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8-8 H						12h
8	CABOTERAPIA ELETRICA 45"						12h
9	SINAIS VITAIS 8-8 H						12h
10	CG						12h
11	SENTAR FORA DO LEITO						12h
12	ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO						12h
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO						12h
14							12h
15							12h
16							12h
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR						12h
18	(SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI; 251-300						12h
19	4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU						12h
20	GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV +						12h
	AVISAR PLANTONISTA						12h

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15. PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO CD 1 SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
8 H	103/64	77		
12 H	99/66	97		35,7
18 H	107/79	77		34,5
24 H	100/65	101		

Dr. Fabricio Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

Márcio Tiago de O. Barbosa
Neurocirurgião
CRM - RR 1496

DA: FISIOTERAPIA

Paciente no leito desperta, eupneica, respirando em ar ambiente, estável, com prescrição massagem, realizando mobilização, mudança de decúbito e deambulação independente. Sem necessidade de auxílio, não havendo portanto no presente momento necessidade de fisioterapia.

0000001

Regilda M. Moura Silva Costa
Fisioterapeuta
CREFITO 200130-F



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



104-2

DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018 DN

06/10/1999

PACIENTE

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

DIAGNÓSTICO

FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE

ALERGIAS

N.D.N.

IDADE

19 ANOS

Risco Cirurgico

ITEM

LEITO

104-1

DATA

01/dez/2018

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL

2

SFO, 9% 1000ML EV 12/12 H

3

ACESSO SOROLIZADO

4

PARACETAMOL 500MG 1 COMP 10/6 H

5

TRAMADOL 50MG + SFO, 9% 100ML EV 8/8 H COMER EM 1 HORA SN

6

RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

7

PLASIL 10MG + SFO, 9% 100ML EV 8/8 H SN

8

CABECEIRA ELEVADA 45°

9

SINAIS VITAIS 6/6 H

10

CG

11

SENTAR FORA DO LEITO

12

ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

13

COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO

14

15

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

17

18

19

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLOGICO CD. 1 SOLICITAÇÃO DE COLUNA CERVICAL

10 CO Fluido RVP.

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x60	83	-	36,2
12 H	100x60	71	20	35,6
18 H	90x60	85	20	36,6
24 H	90x44	75	-	35,8

Dr. Fabricio Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO



01.12.2018. Fluido diurno.
Realizado cuidados gerais.
Gêneros medicamentosos cpm.
Temporizado seu.

Franciane Damazio de Assis
CRM RR 1407

22 e 08 hrs adm. med. RANITIDINA 50mg 20. 24 hrs adm SFO, 9% 500 20. 24 e 08 Não foi adm. med. paracetamol 500mg / porque a farmácia não disponibilizou.

0000001

Lucimede A. Lima
Téc. em Enfermagem
CRM-RR 866.340 TE

104-1
C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		19/nov/2018		DN	
PACIENTE		ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL			
DIAGNOSTICO		FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE			
ALERGIAS		N.D.N.			
IDADE		19 ANOS		Risco Cirurgico	
ITEM		LEITO		DATA	
		104-1		03/dez/2018	
1	DIETA GERAL	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
2	SFO, 9% 1000ML EV 12/12 H			SND	
3	ACESSO SOROLIZADO			12 24	
4	PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H			12 24	
5	TRAMADOL 50MG + SFO, 9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SN			12 24	
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H			SN	
7	PLASIL 10MG + SFO, 9% 100ML EV 8/8 H SN			SN	
8	CABECEIRA ELEVADA 45°			SN	
9	SINAIS VITAIS 6/6 H			Atenção	
10	CG			Atenção	
11	SENTAR FORA DO LEITO			Atenção	
12	ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO			Atenção	
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO				
14					
15					
16					
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
18	(SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI, 251-300:				
19	4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU				
20	GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV +				
	AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x70	72	—	36,2°
12 H	110x60	80	20	36
18 H	100x60	88		35,8°
24 H	100x60	83		36,5°

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

12h PCT no LEITO, ORIENTADA, HIGIENIZADA, SEM INTERCORRÊNCIA

NOITE/NOTURNO: PACIENTE DEAMBULANDO, L.O.T. E Isaquiel Lima Silva
AEROSOL, VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA EM AR AMBIENTE, Técnica de Enfermagem
NECESSIDADES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, HIGIENIZADA, CORADA, ANP PEQUENO. ADMINISTRADORAS AS
MEDICAÇÕES REFERENTES NOS ITENS 2, 4 E 06 NOS SEUS RESPECTIVOS HORÁRIOS. SEM QUEIXAS DURANTE
TODO O PLANTÃO, ESTANDO SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

0000001

Antônio Lucilene Araújo Pêgo
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 326.247

104-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		19/nov/2018		DN	06/10/1999	
PACIENTE		ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL				
DIAGNOSTICO		FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE				
ALERGIAS		N.D.N.				
IDADE		19 ANOS	Risco Cirurgico			
ITEM		LEITO	104-1	DATA	10/dez/2018	
PRESCRIÇÃO						
1	DIETA GERAL					HORÁRIO
2	SF0,9% 500ML IV ACM					
3	ACESSO SOROLIZADO					
4	PARACETAMOL 500MG I COMP VO 6/6 H					
5	TRAMADOL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SIN					
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H					
7	PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H SIN					
8	CABECEIRA ELEVADA 45°					
9	SINAIS VITAIS 6/6 H					
10	CG					
11	SENTAR FORA DO LEITO					
12	ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO					
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO					
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL (MARCADA PARA 10/12/2018)

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90x60	50		36,2
12 H	86x62	72		35,9
18 H	105x63	80	19	36,0
24 H	80x40	78		36,1

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

32:00 30/12/2018 - pt no leito, verificado ss ou, sem Rubeixas, adm. medicamentos de horário cpm e segue os cuidados.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437581 TE

104-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018

DN

06/10/1999

PACIENTE

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

DIAGNÓSTICO

FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE

ALERGIAS

N.D.N.

Risco Cirurgico

IDADE

19 ANOS

LEITO

104-1

DATA

14/dez/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL

2

SFO,9% 500ML IV ACM

3

ACESSO SOROLIZADO

4

PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H

5

TRAMADOL 50MG + SFO,9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA S/N

6

RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

7

PLASIL 10MG + SFO,9% 100ML EV 8/8 H S/N

8

CABECEIRA ELEVADA 45°

9

SINAIS VITAIS 6/6 H

10

CG

11

SENTAR FORA DO LEITO

12

ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

13

COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO) CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI, 251-300; 4UI, 301-350; 6UI, 351-400; 8UI, >400; 10UI E/OU GLICOSE < 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL (MARCADA PARA 10/12/2018)

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM-RR 1407
NEUROCIRURGIA

alta hospitalar

DR. MARIO JL. SANTACRI
Neurocirurgião
R.M-RR 37

0000001



LTº 104.5



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

RECEITUÁRIO

NOME: Alanny Vilela de Souza Pimentel

Presumo de alta

paciente vítima de acidente
de carro com TRM

Cérvica sem déficit neurológico
apresentando histere C1/C2
sem comprometimento medular
tratamento conservador e

Antídoto em 1 mês no crânio
metz

DATA / /

ASSINATURA E CARIMBO

Calor cervical contínuo 8 semanas

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

14/12/18

DR. MARIO J. L. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

DR. MARIO J. L. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

NOME: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

MÉDICO: MÁRCIO TIAGO DE OLIVEIRA BARBOSA

Nº. Controle: RNM

SUS



CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 662/RQE 424

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

Exame realizado com aquisição nos diversos planos e seqüências, evidenciando:

Articulação atlantoaxoidea sem alterações aparentes.

Corpos vertebrais de altura conservada.

Anterolistese grau I de C2 sobre C3.

Desidratação discal difusa.

Abaulamento discal difuso de C2-C3.

Mínimas protrusões discais centrais em C3-C4, C4-C5 e C6-C7 com discreta impressão sobre a face ventral do saco dural.

Canal medular e medula de configuração normal.

Arcos posteriores íntegros.

Partes moles paravertebrais normais.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 10 de dezembro de 2018

clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1001 Fax

(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM-RR 1620

Nome **ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL**
Data: 06/05/2019 Idade: 19A Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: **MARIO J. L. SANTACRUZ**

Cód. Pac.: 68435

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

Protocolo

Realizadas sequências FSE (fast-spin-eco), ponderadas em T1 e T2 nos planos sagital e axial e sequência ponderada em T2 após saturação de gordura.

Indicação clínica:

- Listese de C1 / C2.

Relatório

- Listese anterior de C2 sobre C3, notando-se irregularidade dos respectivos pedículos, de aspecto mais acentuado do lado esquerdo, com desalinhamento das corticais ósseas (fratura?). Correlacionar com tomografia de coluna cervical, para maiores informações.
- Cifose cervical no eixo sagital.
- Corpos vertebrais com altura e morfologia usuais.
- Articulações uncovertebrais e interfacetárias preservadas
- Desidratação discal nos níveis cervicais de C2-C3 até C6-C7, notando-se protrusões discais posteriores de base larga, promovendo impressões seriadas no contorno anterior dural nos níveis avaliados, mais evidente em C2-C3, no aspecto posterolateral à direita.
- Demais discos intervertebrais sem protrusões ou abaulamento significativos.
- Medula espinal com contornos e sinal preservados em todos os níveis avaliados.
- Restante do canal vertebral e forames neurais livres.
- Musculatura paravertebral trófica e sem sinais de lipossustituição.
- Partes moles habituais.
- Transição crânio-vertebral sem particularidades de nota.

Conclusão

- **Listese pós-traumática anterior grau I de C2 sobre C3, notando-se acentuada irregularidade dos pedículos, de aspecto mais proeminente à esquerda, sendo conveniente correlação com estudo tomográfico para maiores informações.**

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Daniel Lopes Azevedo
Médico Imaginologista
CRM-RR 1191

Dr. Daniel Lopes Azevedo CRM1191
MEMBRO TITULAR DO CBR

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Laudos Médicos

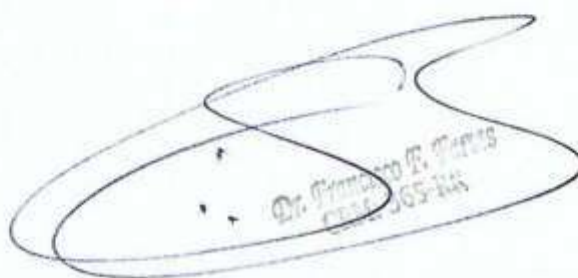
Alanny Ribeiro de Souza Simulid, RG 469642-5 SSP-RR

vítima de acidente automobilístico em 18, digo, 19/11/2019, conforme
fiche de atendimento 3801036571 do Pronto Socorro Francisco Eliseu, sendo
constatado através de exame de imagem de ressonância magnética,
anterolistese grau I de C2 sobre C3, desidratopatia discal difusa e abaula-
mento discal difuso de C2-C3. Foi realizado tratamento conservador
com colar cervical por cerca de 60 dias e alta médica após
este período. Paciente ainda hoje vem apresentando enxaquela
post-traumática frequentemente a cada 42-72 horas; apresenta limitação
para hiperextensão de coluna cervical, lateralização à direita e esquerda, e
dor a rotação de cabeça.

Conclusão: Sequela funcional permanente de coluna
cervical, comprometendo suas atividades laborativas

Cordialmente,

Boa Vista, 18/03/2020



Dr. Francisco F. Farias
CRM 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito

Alanny Ribeiro de Souza Pimentel

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 469642-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2019

DATA DE NASCIMENTO 06/10/1999

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal
Divisão de Registro de Pessoas Físicas

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

NO ME

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

FILIAÇÃO WALDIR PIRES RIBEIRO

NATURALIDADE MARCELA SOUZA PIMENTEL RIBEIRO

BOA VISTA - RR

DCC ORIGEM CERTD NASC 18388 FLS 188-V LIV A-31

2º OF BOA VISTA-RR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 045.120.362-37

Nome ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Nascimento 06/10/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Amir D. Guedes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Relatório de Polícia Federal

GERAL

524555-9

EXPEDIENTE

30/01/2017

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDNILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI

Porto Policialista da Polícia Civil

Diretor do ICP

1 VIA

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1970

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE QUATRO ADUAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110529/20

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF: 045.120.362-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL : 045.120.362-37

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: 07/04/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



Consulta Veículo na Base Nacional

VEÍCULO

Placa: JWT2133 Chassi: 9BGRD06Z01G138182 Renavam: 00754719707 Situação: CIRCULACAO
Remarcado(S/N): -N Última Atualização: 09/03/2018 Município: 0255-MANAUS UF: AM
Procedência: NACIONAL Tipo: 05-AUTOMOVEL Espécie: 1-PASSEGEIRO
Tipo Montagem: COMPLETA Marca/Mod: 149516-GM/CELTA Ano Mod: 2001 Ano Fab: 2001
CapPassag: 005 Cor: 14-VERDE Potência: 060 Cilindradas: 1000 Carroceria: 000-
Combustível: 02-GASOLINA N° Motor: DJ0036517 N° Câmbio: 000107267
Multa RENANF: Sim Comunicado de Venda: Não Pendência Emissão Documento: Não Restrição RENAJUD: Não Recall: Não
Emplacamento Eletrônico: Não Restrição RFB: Não

PROPRIETÁRIO

Tipo Documento: 1-CPF N° Documento: 662.381.702-63

FATURAMENTO

Tipo Documento: 2-PESSOA JURIDICA N° Documento: 04.011.946/0001-04 UF: AM

DIPLOMACIA

Categoria: 00- Tipo Documento: Num Documento: Data Atualização: 00/00/0000

Acesso direto pela Placa:

IMPRIME

RETORNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141728 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL **Data do acidente:** 19/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE C2-C3 COM LISTESE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 16.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 16.CONFORME LAUDO MÉDICO E ORIENTAÇÃO DA COORDENAÇÃO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141728 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA **Data do acidente:** 19/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
PIMENTEL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE C2-C3 COM LISTESE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 16.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 16.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL, brasileira, solteira estudante, portador (a) do RG 469642-5 SSP/ RR ,inscrito no CPF: 045.120.362-37 residente na Rua: Tertuliano Cardoso Ramos nº 1325, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-143, Boa Vista - RR nesta Capital. Tel.: (95) 99127-8689.

VITIMA: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL, CPF: 045.120.362-37 **DATA DO SINISTRO:** 19/11/2018

NATUREZA DPVAT

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 5245559 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Empresária, Situada na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP: 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

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

Boa Vista, RR 17 de março de 2020.


Alanny Ribeiro de Souza Pimentel
ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110529/20

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF: 045.120.362-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL : 045.120.362-37

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: 07/04/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141728

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141728

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000027585-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.120.362-37

4 - Nome completo da vítima:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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

5 - Nome completo:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

6 - CPF:

045.120.362-37

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereços:

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS

9 - Número:

3325

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SANTA LUXIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-143

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-3200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POLIPARÇA (Comente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (001)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

27585

3

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 CORRETURA 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 CORRETURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Casal)

☐ Divorciado

☐ Separado legalmente

☐ Viúvo

24 - Data do último dia de vida:

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou irmãos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA - RR 02 DE ABRIL DE 2020

Alanny Ribeiro Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042797/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2018 19:25 Data/Hora Fim: 19/11/2018 19:47
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM/RR 809904-J Data: 19/11/2018
Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 19/11/2018 04:22

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Liberdade
Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO

Nº: S/N

Ponto de Referência: I.M.L.
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20004: ACIDENTE COM MORTE	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GEORGE GABRIEL LIMA (VÍTIMA)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 22 anos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ALANE RIBEIRO SOUSA PIMENTEL (VÍTIMA , ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade: 19 anos

Profissão: Estudante

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA TERTULIANO CARDOSO
Bairro: SANTA LUZIA

Nº: 1325

Razão Social: ROP/PM/RR 809904-J (COMUNICANTE)	
--	--

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop/pm/rr 809904-j

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa JWT2133	Número do Chassi *****38182
Ano/Modelo Fabricação 2001/2001	Cor Verde
UF Veículo Amazonas	Município Veículo Manaus
Marca/Modelo GM/CELTA	Modelo GM/CELTA
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042797/2018

Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
George Gabriel Lima	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, fomos acionados via CIOPS para atender a uma ocorrência de trânsito no local acima citado, conforme informado9 pela envolvida (Alane), posição de tráfego (v1), a dinâmica do acidente se deu por choque mecânico entre o veículo versus corpo fixo. O veículo trafegava na av. Mario homem de melo sentido centro/bairro conduzido pelo item 01 (George), quando ao cruzar a av. Venezuela perdeu o controle do veículo, vindo a colidir com o poste de sustentação de cabos da rede elétrica. Segundo o medico do SAMU (sr. Célio Wanderlei jr. Crm/rr 1580) que esteve no local e confirmou o óbito do item 01 (George), a violência do impacto causou ao item 01 lesão incompatível com a vida (TCE GRAVISSIMO com afundamento de crânio). A perícia oficial (perito jaci) esteve no local e realizou todo o levantamento pericial, o veículo permanece no local, porem fora da via, aguardando os familiares da vitima. Informo ainda que o veículo possui a placa do estado do Amazonas, em nome de George bruno lima dos santos, segundo informações este é amigo da vitima; que todos os dados os dados dos envolvidos, foram repassados pela item 02 (Alane). Diante do ocorrido, foi confeccionado este relatório para fins de registro e conhecimento. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Francisco Osmany da Silva Fontenele

Agente de Polícia

Matrícula 42000456

Responsável pelo Atendimento

ROP/PM/RR 809904-J

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 349-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.120.362-37 ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

6 - CPF:

045.120.362-37

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS

9 - Número:

3325

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SANTA LUXIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-143

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-3200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POLIPARÇA (Comente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (001)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

27585

3

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 (ou Cas)

☐ Divorçado

☐ Separado legalmente

☐ Viúvo

24 - Data do último 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 parentes próximos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA - RR 02 DE ABRIL DE 2020

Alanny Ribeiro Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.120.362-37

4 - Nome completo da vítima:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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

5 - Nome completo:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

6 - CPF:

045.120.362-37

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS

9 - Número:

3325

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SANTA LUXIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-143

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-3200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POLIPARÇA (Comente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (001)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

000000

CONTA:

00000000000000000000

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

27585

3

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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 (ou Cas)

☐ Divorçado

☐ Separado legalmente

☐ Viúvo

24 - Data do último 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou irmãos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

34 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA - RR 02 DE ABRIL DE 2020

Alanny Ribeiro Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ana C. Mendes

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027585-3

Autenticação:

AAB95F64C891F80CEC805A7CC9A1E63441A9FA467FD246DC4D29B85414E7BCCA

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0085213-9

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ely Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

001801156

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	11/12/2018	311	240,22

WALDIR PIRES RIBEIRO

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS 1325 SANTA LUZIA

CPF: 00016582390163

CEP: 69.317-143 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.20.047150

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1,000	Atual:	13/12/2018
Anterior:	311	Anterior:	13/11/2018
Constante de Multiplicação:	311	Próxima Leitura:	14/11/2018
Consumo Medido:	NORMAL	Emissão:	30
Consumo Faturado:		Apresentação:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
		311-A	R\$ 0,672445		209,13

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18 242	TARIFAS MONETÁRIAS (2X)	1,75
AGO/18 242	MULTA POR ATRASO DE IL. PÚBLICA	1,67
AGO/18 242	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL.	0,34
AGO/18 242	MULTA POR ATRASO (2X)	5,86
AGO/18 242	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	2,68
AGO/18 242	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	18,78

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 311 - 0,535766

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
10/2018	256,45

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 38,50% RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.479
DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA
FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

B7AD.88AS.852F.3C64.70E9.1643.5BC0.0020

RESERVADO AO FISCO	167,87	209,13					
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$					
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	35,55				
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	1,01				
Transmissão:	41,26	Valor do ICMS:	4,70				
Encargos:		Valor do PIS:					
Tributos:		Valor do COFINS:					
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
OC		HC		DMC		DIOR	
8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	8,46	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
DISTRITO		09/2018		58,10			



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 363/13

Nº da Nota Fiscal 4700695

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	26/03/2020	277	254,75

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21256	Atual: 26/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 20989	Anterior: 23/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 26	Próxima leitura: 26/03/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 21/02/2020	Número Medidor: 14TIB00002
Consumo medido: 277	Apresentação: 26/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 277		Modalidade: N 1524688

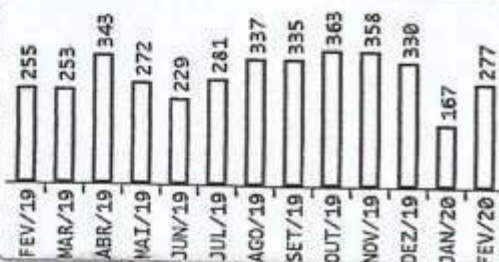
CONSUMO	277 A R\$ 0,765725 =	212,10
CORRECAO MONETARIA DA	11/19-00	0,33
CORRECAO MONETARIA IG	11/19-00	6,03
MULTA POR ATRASO DE I	11/19-00	1,53
JUROS DE MORA POR ATR	11/19-00	0,35
MULTA POR ATRASO 11/19-00		5,48
JUROS DE MORA DE IMPO	11/19-00	3,83
ILUMINACAO PUBLICA		25,10

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 277 - 0,617770

Média 12 meses: 293

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

AVISO DE DÉBITOS VENCIDOS

Informamos existirem débitos(s) vencido(s) no valor de R\$ 419,24 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

Mes/Ano Valor R\$
12/2019 419,24

LIGUE 08007819120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

BAAB: 11C1-B9C5-61ED-7C10-FEFE-3C4B-81D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	114,50	Encargos:	6,40	Base de Cálculo:	212,10	ICMS:	17,86%
Transmissão:	0,00	Tributos:	40,97			PIS:	0,41%
						COFINS:	1,91%

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DCE				PA			
Mês	Trimestral	Anual		Mês	Trimestral	Anual	
Limite	6,03	12,06	24,12	Limite	7,27	14,54	29,08
Realizado	4,90			Realizado	3,00		
Conjunto	CENTRO			Conjunto			

RÔT: 12.001.02.11.603050



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

SEU CÓDIGO
0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$
254,75

MÊS FATURADO
02/2020

VENCIMENTO
26/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4700695

FCAM*

83670000002 6 54750075000 5 00000000126 3 05530220008 8

