

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2754109520200622175105

Processo 0814560-67.2020.8.23.0010 ☆ - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações GeraisInformações AdicionaisPartesMovimentaçõesApensamentos (0)Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 10	22/06/2020 17:51:05	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2726908CONTESTACAO01.pdf Público 10.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2726908CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
9	16/06/2020 00:00:21	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO) em 15/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/06/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
8	05/06/2020 08:52:16	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 13/09/2020 (100 dias)	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA Técnica Judiciária
7	05/06/2020 08:52:03	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/06/2020)	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA Técnica Judiciária
[+] 6	04/06/2020 12:56:27	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
5	04/06/2020 11:17:15	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	04/06/2020 11:17:15	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	04/06/2020 11:17:15	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	04/06/2020 11:17:15	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	04/06/2020 11:17:14	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08145606720208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO**, 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 **22/03/2019**, restando permanentemente inválida.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

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.

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)

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190667549	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalides Permanente		
Vítima: AINA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO	Data do acidente: 22/03/2019	Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 04/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.				
Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.				
Sequelae: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações: PÁG. 4/5/6 - CIRURGIA PÁG. 7 - EXAME IMAGEM				
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 de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 22/03/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000147081-0

Nr. da Autenticação 4DC13C75AC887E92

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).

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.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁶.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁷.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

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 citação⁸.

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 ação⁹

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.

⁷“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS**. SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**” (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹**art. 1º. (...)**

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

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 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, 9 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando 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-pentoneais 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 **ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08145606720208230010.

Rio de Janeiro, 9 de junho 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

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO RR	
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1747876772	
 NOME ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / CPF 259268 SESE RR CPF 778.674.672-20 DATA DO NASCIMENTO 30/10/1984 PAIS DE ORIGEM BRASIL PAIS DE NASCIMENTO BRASIL PAIS DO SOCEIRO DA CONCEIÇÃO BRASIL PROFISSÃO PROFISSIONAL AOC PROFISSIONAL CAT. HAB. AB	
RP REGISTRO 06965922103 VALIDADE 04/07/2022 REHABILITAÇÃO 05/12/2017	
ASSINATURAS  ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO 10/12/2018 ANTONIO FRANCISCO RESZURA MARQUES DIRETOR REGIONAL DETRAN ASSINATURA DO EMISSOR 84041231140 R5209958553	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1747876772 RORAIMA	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
905314502

905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LORATO DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
2

VALIDADE
20/02/2019

Nº REGISTRO
04998412311

Y. HABILITACAO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Lúcia Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

Denilze Dantas Soares
Diretor - Presidente
DETRAN RR

DETRAN RR (RORAIMA)

CHPJ 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667549 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4/5/6 _CIRURGIA
PÁG. 7 _EXAME IMAGEM

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 de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000147081-0

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



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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

7 - Nº do sinistro ou ASI: **3190/6675 49**

3 - CPF da vítima: **778.674.672-20**

6 - Nome completo da vítima: **Ana Paula da Conceição do Nascimento**

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

5 - Nome completo: **Ana Paula da Conceição do Nascimento**

6 - CPF: **778.674.672-20**

7 - Profissão: **Autônomo**

8 - Endereço: **Rua Capucínio**

9 - Número: **783**

10 - Complemento: **Casa**

11 - Cidade: **Cidade Satélite**

12 - Estado: **RR**

14 - CEP: **69.317.494**

15 - E-mail: **lidercarveiro.pendencio@hotmail.com**

16 - Tel. (DDD): **(95) 99117-5392**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0653**

CONTA: **147081**

0

(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 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 (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?



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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rua Vista - RR 18 Dezembro 2019

Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 778.674.672-20 Nome completo da vítima: Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Paula da Conceição do Nascimento 6 - CPF: 778.674.672-20

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Capicorno 9 - Número: 783 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Nova Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-494

15 - E-mail: lidubcaristo.pendencia@ufmaif.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117-5392

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 147081

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 a 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (a) (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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nova Vista - RR 18 de Novembro 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008133/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2019 09:25 Data/Hora Fim: 27/03/2019 09:35
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810394 I Data: 22/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/03/2019 08:47

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA DOM APARECIDO

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DA NASCIMENTO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CAPRICORNIO

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 783

Nome Civil: ANDRÉ ALBIANE BARATA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSÉ CELESTINO

Bairro: CAÇARI

Nº: 895

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. André Alblani Barata que Dirigia o Veículo PLACA NAZ-3107 e a Sra. Ana Paula da Conceição do Nascimento que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAO-5061. Que devido ao acidente a Sra. Ana Paula Sofreu lesão corporal e foi socorrida ao hospital pelo Samu. Era o relato.



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 008133/2019

ASSINATURAS

Francisco Edinaldo Pinto

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 778.674.672-20 Nome completo da vítima: Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Paula da Conceição do Nascimento 6 - CPF: 778.674.672-20

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Capricornio 9 - Número: 783 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Nova Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-494

15 - E-mail: lidubcaristo.pendencia@lufmaif.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117-5392

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 147081

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 a 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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(s) (vivo(s)?) ☐ 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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nova Vista - RR 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 891

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 4004260

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

R. CAPRICORNIO, 783

CIDADE SATELITE -

CEP 69.317-494 - BOA VISTA - RR

CPF 778.674.672-20 RG 269268 SSP RR 23-11-02

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0119941-2

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares na origem para clientes residenciais							
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
08/11/2019	14/10/2019	11/11/2019	11/12/2019	28	11/11/2019	11/2019	
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	O 14 20 763	Normal			
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
Consumo	13LDB03280	28423	28062	1.00000	5	361	361

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Ítem Faturados	Tar. sem impostos	Valor
10/2019	621	TUSD (*)	Consumo 361 kWh a 0,777110	0,628000	280,53
09/2019	494	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		25,23
08/2019	470				
07/2019	513	Encargos			
06/2019	454	Tributos			
05/2019	411	Receita Irrec.			
04/2019	277	(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição, TE=Tarifa de Energia			
03/2019	429				
02/2019	536				
01/2019	515				
12/2018	480				
11/2018	571				

Média 12 meses 480
Pis - 1,06
Cofins - 5,07

Indicadores de Continuidade:	09/2019
Cj: 14 - FLORESTA	EUSD: R\$ 162,06
Meta Mensal	Realizado Trimestral Anual
DIC	9,24 0,00 18,49 36,99
FIC	8,46 0,00 16,92 33,84
DMIC	4,99 0,00 4,99 4,99

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> 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 Nº 2.634 DE 29.10.2019.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo 280,53 Aliquota 17,00 Valor do ICMS 47,69

Vencimento

01/12/2019

Valor a Pagar

R\$ 305,76

Reservado ao Fisco: 3D5C.C08D.3C88.F092.7556.B25A.1AB2.A8F3



RORAIMA ENERGIA S.A

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0119941-2

UC 01199412 Mês Faturado 11/2019 No. FD 00 TC 8

Vencimento
01/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 305,76

83680000003 3 05760075000 4 00000000119 8 94121119008 2





CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-010



ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1317466

Outubro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO BEZERRA DA SILVA

Endereço para entrega:
AV GENERAL ATAIDE TEIVE, 02748 - 02 - LI
BERDADE BOA VISTA RR 69309-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.011.045.0074.001	9	5728	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C020564	11/11/2018	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR			NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 62			29
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 17/09/2019			16/10/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201909	2-0
201908	3-0
201907	2-0
201906	4-0
201905	2-0
201904	2-0
MEDIA	2

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRICAÇÃO

AGUA		CONSUMO TOTAL (R\$)
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	2 M3	50,10
CONSUMO DE AGUA		40,08
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	12,68
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 10/2019		6,34
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01		6,34
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01		1,89
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019		

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1317466	10/2019	15/11/2019	117,43

82660000001- 0 17430004001- 4 00131746601- 7 10201970003- 2



IMPRESSO EM: 16/10/2019 11:07:04

Vis. 1.0.0.0

Vis. 1.0.0.0

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 Denilze Correa Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Paula da Conceição do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ana Paula da Conceição do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20, 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. General Ataíde Truvel</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CER: <u>69.309.000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 18 de novembro 2019

Denilze Correa Dantas

Assinatura do Declarante

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

OFICIAL SÉRIE I

Nº 810394

Vtr VTR 495	SUCp Ciptur	Data 22/03/19	S/Setor LESTE	H/Trans. 08h47min	H/ini 08h47min	CH/h 09h05min	H/Fin 10h40min	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13999	Cód. Ser. Prest. -----	Kml. 113330	KmF. 113343				

LOCAL DA OCORRÊNCIA

O. RUA DOM JOSÉ NEPOTE
CRUZAMENTO COM A RUA MAJ. Nº
MANOEL CORRÊA
Bairro SÃO FRANCISCO
Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

ENVOLVIDA	Nome: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO	Idade: 34	E. Civil: CASADA
Endereço: RUA CAPRICÓRNIO	Nº 783	Bairro: CIDADE SATELITE	
RG: 269268 SSP RR	CNH: 06965922103	Profissão: SERVIÇOS GERAIS	
CPF: 778.674.672-20	Telefone: 991522466		
ENVOLVIDO	Nome: ANDRÉ ALBIANI BARATA	Idade: 49	E. Civil: CASADO
Endereço: JOSÉ CELESTINO DA LUZ	Nº 395	Bairro: CAÇARI	
RG: 0360994903 SSP/BA	CNH: 02371026622	Profissão: SERVIDOR PÚBLICO	
CPF: 717.081.705-53	Telefone: 981142609		

VEÍCULO RELACIONADO

VEÍCULO DA ENVOLVIDA 1: HONDA/CG 160 START, NA COR VERMELHA, PLACA: NAO5061. DANOS CONFORME PERÍCIA.
VEÍCULO DO ENVOLVIDO 2: JEEP/COMPASS, NA COR BRANCA, PLACA: NAZ: 3107. DANOS CONFORME PERÍCIA.

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve conduzido

ASSINATURA *Jefferson Inácio Arênd*
Assessor de Polícia Civil
CARGO LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

Informo acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado com vítima de lesão corporal e danos materiais. Conforme relatado pela TEN PMRR Dyana, oficial da área leste, a Sra. Ana Paula que conduzia o veículo **HONDA/CG 160 START, NA COR VERMELHA, PLACA: NAO5061** pela rua Maj. Manoel Corrêa, sentido Parque Anaua, momento em que foi abalroada na lateral esquerda pelo Sr. André que conduzia o veículo **JEEP/COMPASS, NA COR BRANCA, PLACA: NAZ: 3107**, pela rua Dom José Nepote, sentido rua General Pena Brasil, informo que no cruzamento encontra-se uma placa de PARE para o condutor da rua Dom José Nepote. Informo também que ao chegarmos ao local a vítima estava sendo atendida pelo SAMU e foi conduzida ao Hospital Geral. Foi feito o acionamento da perícia que foi realizada pelo perito criminal Gleidson (Nº da funcional: 42000279 SSP/PC). Após perícia a motocicleta da vítima foi entregue ao Sr. Ronaldo Anderson Nascimento Campos, CNH Nº 04248421469, contato: 991375389, e o carro liberado ao seu respectivo condutor, pois ambos estavam devidamente licenciados. Informo também que nenhuma das partes apresentava sinal visível de embriaguez e o condutor do carro comprometeu-se em arcar com os danos materiais.

Assinatura o que tinha a relatar.

SESLY BEZERRA CAMELO
AL SGT PM
MBC 4700195

41552-9
CADASTRO

AL SGT
GRADUAÇÃO

CIPTUR
SUCp

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.

1901087605

22/03/2019 09:16:24

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 8

Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO		30/10/1984		34 A 4 M 23 D				77867467220			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade			
IDENTIDADE	269268	SSP/RR	23/11/2002	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA			
Mãe	MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO					Pai		JOÃO PAULO DO NASCIMENTO		Contato	
Endereço					RUA - CAPRICORNIO - 783 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR					Ocupação	
										SERVIÇOS GERAIS	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Sotor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA								ELIENE	

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Dor em M I (E)

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:31 h)

Paciente refere trauma após acidente automobilístico motor
carrão, refere dor em M I (E)

Exame Físico

A: VAP, com colar cervical
B: MV (+), expansibilidade preservada
C: sem sangramento ativo.

D: ECG 16, RFM (+), consensual
E: escurificações em M I (E)

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Morfina 2mg EV } Feito no
2) Tenoxicam 40mg EV } SAMU

Do tipo que
falta o tipo

Conduta

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

☐ 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

Dr. Kleber Reid
Clínico Geral
1710
RQE 584

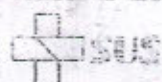
Impresso por: eliene
Data Hora: 22/03/2019 09:17:15

10:20h
PA = 136 x 88
P: 91



1901087605

Alta: 26/04/19



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

173349

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

710418101215141012181911412

30/10/84

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Maria do Socorro da Conceição

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Capricornio, 783, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

222

15 - UF

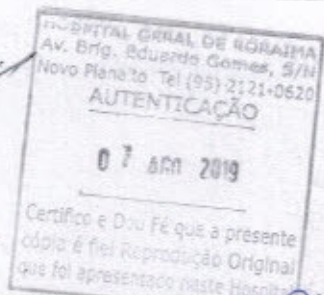
DF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRICO DE DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de Alzheimer



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Alzheimer

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

Exame físico normal

20 - DATA DO DIAGNÓSTICO

07/12/18

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internação de 727 + 12 dias de tratamento

26 - CID 10

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO

30 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - CID 10

32 - CID 10

33 - CID 10

34 - CID 10

35 - CID 10

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

37 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

38 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Bruno F.

07/10/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - ACIDENTE DE TRABALHO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

44 - CNPJ EMPRESA

45 - CNAE DA EMPRESA

46 - CBOR

47 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

48 - CNPJ EMPRESA

49 - CNAE DA EMPRESA

50 - CBOR

51 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

() CNS

() CPF

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

07/10/18

0408050578
5826
W499

até 12/4

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 22/10/19

O.S. _____

Am. Paulo da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: F+ T42 G+ - distúrbio de regulação p/c
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: orientar para T42 G+ + T10 Wg + distúrbio p/c
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Dr. Bruno
Otorrinolaringologista
CRM/R 10.489

CIRURGIÃO: Dr. Bruno
1º AUXILIAR: Mon. A. P.
2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____
ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____
ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- T42 DDX + anest.
- 2- Anest. + Cefaz + 10 pps de
- 3- LMC lavada e lav. pat. mds + Anticó +
múltipla pte (2 pps)
- 4- Pte + Anest. + RPA + (Traz gel)

Dr. Marcos Aguiar
Otorrinolaringologista
CRM/R 10.489



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FENTANIL 50mg + MIDAZOLAM 2mg

10

11

Nº

22.03.19

AGENTES

N 20

O2

LÍQUIDOS
VENOSOS

100
500

SF SF
500 500

PC/PNI/ SPO2/ ELG

DA

X

ULSO

•

ANES

X

O

TEMP

□

ASPIR.

A

RESP

O

Expont

Azistat

Contro

Simbolos

XO

K

AOL

BOM

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A		RAQUIDIANESTESIA
B	BUPIVACAÍNA HIPER-	MEDIONA HIPERBOLICA
C	BARILU 0,5%, 12,5mg	SIMPLES A VENTILACAO
D		EXPOCTANEA COM OTERU
E		DE O2
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea
NDGD		Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica NÃO
TOTAL	1000ML	TEMPO DE ANESTESIA
		10:45-

ANOTAÇÕES

X CHECK LIST + MONITORIZACAO
1 - OFERTA DE O2 SOB CATETER
NASAL 2L/MIN
2 - RAQUIDIANESTESIA = ASSEPSIA +
ANTISSEPSIA COM ALCOOL 70%
COLOCACAO DE CAMPO ESTERIL
PUNCAO LOMBAR DE REGIAO
SUBARACUIDE COM AGULHA
QUINCKE Nº 26, LCR CLARO,

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E.

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA DR. FABIAN

CÓDIGO

QUIRURGIA

MARIUS BRUNHEER

PERDA SANGUINEA

EVERSON RI

NORMOTENSO E INJECAO DE
BUPIVACAÍNA 0,5% 12,5mg, SEM INTER
CORRENCIA
3 - CEFALOTINA 2g (EU)
4 - ENCLAMINHO A SERPA

Dr. M. H. H. H. H.
CRM 100000
CRM 100000

204-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Amo Paulo do C. Nascimento, 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 22/03/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta de fêmur + humerus
NO DIA 22/03/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. ?
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/04/19, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 21/5/19, ÀS 7 horas, COM O
DR. Bruno Figueiredo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

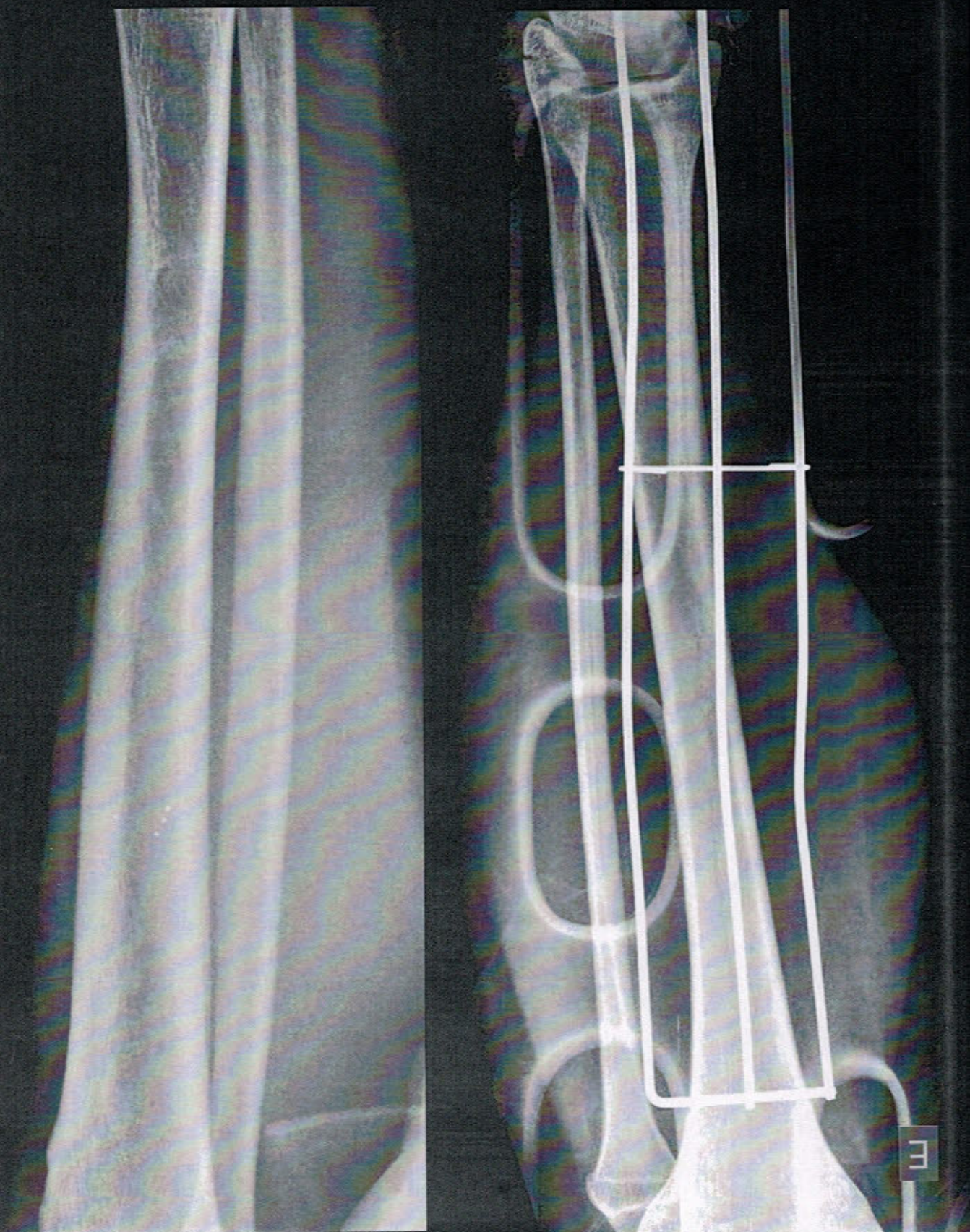
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. A. Almeida

BOA VISTA 26/5/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1962

MÉDICO



[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
905314502

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
09/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LORATO DA SILVA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT/HAB
3

VALIDADE
20/02/2019

Y HABITAÇÃO
31/05/2010

Nº REGISTRO
04098412311

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
905314502

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667549 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 4/5/6 _CIRURGIA
PÁG. 7 _EXAME IMAGEM

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 de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Ana Paula da Conceição do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autônoma RG: 269268 CPF: 778.674.672-20
ENDEREÇO: Rua Capricornio N° 783 Cidade Galileu

VÍTIMA: Ana Paula da Conceição do Nascimento
CPF: 778.674.672-20 DATA DO ACIDENTE: 22 / 03 / 2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

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

Boa Vista, 24 de novembro de 2019.



X Ana Paula da Conceição do Nascimento
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424162/19

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIME

CPF: 778.674.672-20

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CONCEICAO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO : 778.674.672-20

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: 29/11/2019
Nome: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO
CPF: 778.674.672-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

MANOEL COELHO NETO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Ana Paula da Conceição do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autônoma RG: 269968 CPF: 778.674.672-20
ENDEREÇO: Rua Capricornio N° 783 Cidade Galileu

VÍTIMA: Ana Paula da Conceição do Nascimento
CPF: 778.674.672-20 DATA DO ACIDENTE: 22 / 03 / 2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

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

Bom Vista, 24 de Novembro de 2019.



X Ana Paula da Conceição do Nascimento
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424162/19

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIME

CPF: 778.674.672-20

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CONCEICAO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO : 778.674.672-20

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: 29/11/2019
Nome: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO
CPF: 778.674.672-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

MANOEL COELHO NETO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000147081-0

Nr. da Autenticação 4DC13C75AC887E92

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667549

Vítima: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000147081-0

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



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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

7 - Nº do sinistro ou ASI:

3190/6675 49

3 - CPF da vítima:

778.674.672-20

6 - Nome completo da vítima:

Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Ana Paula da Conceição do Nascimento

6 - CPF:

778.674.672-20

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Capucínio

9 - Número:

783

10 - Complemento:

Casa

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317.494

16 - E-mail:

lidercarveiro.pendencio@hotmail.com

15 - Tel. (DDD):

(95) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

147081

0

(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 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 (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

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 (vol 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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 18 Dezembro 2019

Ana Paula E do Nascimento

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: 3 - CPF da vítima: 778.674.672-20 Nome completo da vítima: Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Paula da Conceição do Nascimento 6 - CPF: 778.674.672-20

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Capricornio 9 - Número: 783 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Nova Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-494

15 - E-mail: lidubcarista.pendencia@lufmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117-5392

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0853

CONTA: 147081

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 a 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim
☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (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 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nova Vista - RR 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008133/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2019 09:25 Data/Hora Fim: 27/03/2019 09:35
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 810394 I Data: 22/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 22/03/2019 08:47

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA DOM APARECIDO

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DA NASCIMENTO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CAPRICORNIO
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 783

Nome Civil: ANDRÉ ALBIANE BARATA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOSÉ CELESTINO
Bairro: CAÇARI

Nº: 895

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. André Alblani Barata que Dirigia o Veículo PLACA NAZ-3107 e a Sra. Ana Paula da Conceição do Nascimento que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAO-5061. Que devido ao acidente a Sra. Ana Paula Sofreu lesão corporal e foi socorrida ao hospital pelo Samu. Era o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008133/2019

ASSINATURAS

Francisco Edinaldo Pinto

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 778.674.672-20 Nome completo da vítima: Ana Paula da Conceição do Nascimento

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

5 - Nome completo: Ana Paula da Conceição do Nascimento 6 - CPF: 778.674.672-20

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Capricornio 9 - Número: 783 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Nova Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-494

15 - E-mail: lidubcarista.pendencia@lufmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117-5392

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0853

CONTA: 147081

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 a 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vaimascer)?

☐ 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 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nova Vista - RR 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 891

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 4004260

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

ANA PAULA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

R. CAPRICORNIO, 783

CIDADE SATELITE -

CEP 69.317-494 - BOA VISTA - RR

CPF 778.674.672-20 RG 269268 SSP RR 23-11-02

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0119941-2

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de Atendimento aos Clientes de Energia Elétrica									
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação		Mês Faturado		
08/11/2019	14/10/2019	11/11/2019	11/12/2019	28	11/11/2019		11/2019		
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD		Número FD		
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	O 14 20 763	Normal					
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado		
Consumo	13LDB03280	28423	28062	1.00000	5	361	361		

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
10/2019	621	TUSD (*)	Consumo 361 kWh a 0,777110	0,628000	280,53
09/2019	494	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		25,23
08/2019	470				
07/2019	513	Encargos			
06/2019	454	Tributos			
05/2019	411	Receita Irrec.			
04/2019	277	(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição, TE=Tarifa de Energia			
03/2019	429				
02/2019	536				
01/2019	515				
12/2018	480				
11/2018	571				

Média 12 meses 480
Pis - 1,06
Cofins - 5,07

Indicadores de Continuidade:	09/2019
Cj: 14 - FLORESTA	EUSD: R\$ 162,06
Meta Mensal	Realizado Trimestral Anual
DIC 9,24	0,00 18,49 36,99
FIC 8,46	0,00 16,92 33,84
DMIC 4,99	0,00 4,99 4,99

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> 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 Nº 2.634 DE 29.10.2019.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo 280,53 Aliquota 17,00 Valor do ICMS 47,69

Vencimento

01/12/2019

Valor a Pagar

R\$ 305,76

Reservado ao Fisco: 3D5C.C08D.3C88.F092.7556.B25A.1AB2.A8F3



RORAIMA ENERGIA S.A

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0119941-2

UC 01199412 Mês Faturado 11/2019 No. FD 00 TC 8

Vencimento
01/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 305,76

83680000003 3 05760075000 4 00000000119 8 94121119008 2





CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-010



ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: **1317466**

Outubro/2019

Dados do Cliente:

FRANCISCO BEZERRA DA SILVA

Endereço para entrega:

AV GENERAL ATAIDE TEIVE, 02748 - 02 - LI
BERDADE BOA VISTA RR 69309-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.011.045.0074.001	9	5728	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C020564	11/11/2018	LIGADO	LIGADO
CONSUMO (m³)			NUM DE DIAS
ANTERIOR	ATUAL		
62	64	2	29
LEITURA FAT. 62			
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 17/09/2019 16/10/2019			

ULTIMOS CONSUMOS

201909	2-0
201908	3-0
201907	2-0
201906	4-0
201905	2-0
201904	2-0
MEDIA	2

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 10/2019

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

CONSUMO TOTAL(R\$)

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1317466	10/2019	15/11/2019	117,43

82660000001- 0 17430004001- 4 00131746601- 7 10201970003- 2



IMPRESSO EM: 16/10/2019 11:07:04

Vis. do Cliente

Vis. do Cliente

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 Denilze Correa Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Paula da Conceição do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ana Paula da Conceição do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.674.672 / 20, 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. General Ataíde Truvel</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Bohemia</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CER: <u>69.309.000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 18 de novembro 2019

Denilze Correa Dantas

Assinatura do Declarante

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

ALICIA SÉRIE I

Nº 810394

Vtr VTR 495	SUCp Ciptur	Data 22/03/19	S/Setor LESTE	H/Trans. 08h47min	H/ini 08h47min	CH/h 09h05min	H/Fin 10h40min	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13999	Cód. Ser. Prest. -----	Kml. 113330	KmF. 113343				

LOCAL DA OCORRÊNCIA

O. RUA DOM JOSÉ NEPOTE
CRUZAMENTO COM A RUA MAJ. Nº
MANOEL CORRÊA
Bairro SÃO FRANCISCO
Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

ENVOLVIDA	Nome: ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO	Idade: 34	E. Civil: CASADA
Endereço: RUA CAPRICÓRNIO	Nº 783	Bairro: CIDADE SATELITE	
RG: 269268 SSP RR	CNH: 06965922103	Profissão: SERVIÇOS GERAIS	
CPF: 778.674.672-20	Telefone: 991522466		
ENVOLVIDO	Nome: ANDRÉ ALBIANI BARATA	Idade: 49	E. Civil: CASADO
Endereço: JOSÉ CELESTINO DA LUZ	Nº 395	Bairro: CAÇARI	
RG: 0360994903 SSP/BA	CNH: 02371026622	Profissão: SERVIDOR PÚBLICO	
CPF: 717.081.705-53	Telefone: 981142609		

VEÍCULO RELACIONADO

VEÍCULO DA ENVOLVIDA 1: HONDA/CG 160 START, NA COR VERMELHA, PLACA: NAO5061. DANOS CONFORME PERÍCIA.
VEÍCULO DO ENVOLVIDO 2: JEEP/COMPASS, NA COR BRANCA, PLACA: NAZ: 3107. DANOS CONFORME PERÍCIA.

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve conduzido

ASSINATURA *Jefferson Inácio Araújo*
Assessor de Polícia Civil
CARGO LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

Comos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado com vítima de lesão corporal e danos materiais. Conforme relatado pela TEN PMRR Dyana, oficial da área leste, a Sra. Ana Paula que conduzia o veículo **HONDA/CG 160 START, NA COR VERMELHA, PLACA: NAO5061** pela rua Maj. Manoel Corrêa, sentido Parque Anaua, momento em que foi abalroada na lateral esquerda pelo Sr. André que conduzia o veículo **JEEP/COMPASS, NA COR BRANCA, PLACA: NAZ: 3107**, pela rua Dom José Nepote, sentido rua General Pena Brasil, informo que no cruzamento encontra-se uma placa de PARE para o condutor da rua Dom José Nepote. Informo também que ao chegarmos ao local a vítima estava sendo atendida pelo SAMU e foi conduzida ao Hospital Geral. Foi feito o acionamento da perícia que foi realizada pelo perito criminal Gleidson (Nº da funcional: 42000279 SSP/PC). Após perícia a motocicleta da vítima foi entregue ao Sr. Ronaldo Anderson Nascimento Campos, CNH Nº 04248421469, contato: 991375389, e o carro liberado ao seu respectivo condutor, pois ambos estavam devidamente licenciados. Informo também que nenhuma das partes apresentava sinal visível de embriaguez e o condutor do carro comprometeu-se em arcar com os danos materiais.

a o que tinha a relatar.

SELET Dezeta CAMELO
AL SGT PM
MBC 4700145

41552-9
CADASTRO

AL SGT
GRADUAÇÃO

CIPTUR
SUCp

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.

1901087605 22/03/2019 09:16:24

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 8

Paciente ANA PAULA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO Data Nascimento 30/10/1984 Idade 34 A 4 M 23 D CNS CPF 77867467220 Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 269268 SSP/RR 23/11/2002 F SOLTEIRO (APARDA) BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO Pai JOÃO PAULO DO NASCIMENTO Contato (95) 99152-2466

Endereço RUA - CAPRICORNIO - 783 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação SERVIÇOS GERAIS

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

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

Sotor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: ELIENE

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

Dor em M I (E)

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:31 h)

Paciente refere trauma após acidente automobilístico motor
carrão, refere dor em M I (E)

Exame Físico

A: VAP, com colar cervical D: ECG 16, RFM (E), consensual
B: MV (E), expansibilidade preservada E: escurificações em M I (E)

C: sem sangramento ativo.
Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Morfina 2mg EV } Feito no
2) Tenoxicam 40mg EV } SAMU

Do tubo que
foi enviado para o

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: Ortopedia☐ 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 1710
RQE 584

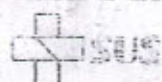
Impresso por: eliene
Data Hora: 22/03/2019 09:17:15

1901087605
1901087605



1901087605

Alta: 26/04/19



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

173349

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

710418102514101281911412

30/10/84

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Maria do Socorro da Conceição

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - CIDADE

Rua Capricornio, 783, Cidade Satélite

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - UF

16 - CEP

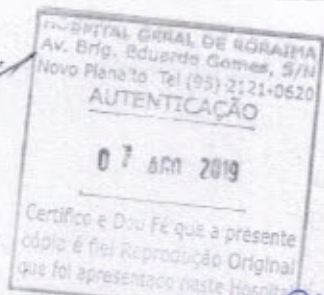
BV

RJ

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRICO DE SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Potência de medula de tronco



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cereja

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

Exame f. + D5

20 - TIPO DE DIAGNÓSTICO

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

F+ 7127 (D7) Deslaminar de rep. plat. p. 10

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento de 7127 + 10 Cereja de tronco p. 10

26 - CID 10

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO

30 - INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Bruno F.

26/10/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

22/3/19

0408050578
5826
W499

até 12.4

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 22/10/19

O.S. _____

Amo Paulo da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: F+ T42 G+ distúrbio de reabsorção p/

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteotomia de T42 + T50 com reabsorção p/

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Dr. Bruno
Ortopedista
CRM 10.177

CIRURGIÃO: Dr. Bruno

2º AUXILIAR: Moa A. P.

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

1º AUXILIAR: Moa B. L. 3

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- T42 DDX + anest.
- 2- Anest. + Anest. + Anest. + Anest.
- 3- LMC aberta e br. parte mds + Anest. + Anest. + Anest. + Anest.
- 4- Parte + Anest. + PPA + (Traz gôlo)

Dr. Marcos Aguiar
Ortopedista Residente
CRM 10.177



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FENTANIL 50mg + MIDAZOLAM 9mg
10 11

Nº

22.03.19

AGENTES

N 20

O2

LÍQUIDOS
VENOSOS

DA

X

ULSO

•

ANES

X

O

TEMP

□

ASPIR.

A

RESP

O

Exponit

Azistat

Contro

SÍMBOLOS

XO

K

AOL

BOL

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A		RAQUIDIANESTESIA
B	BUPIVACAÍNA HIPER-	MEDIANA HIPERBOLICA
C	BARILU 0,5%, 12,5mg	SIMPLES E VENTILACAO
D		EXPOCTANEA COM OTERTU
E		DE O2
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea
NDGD		Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica NÃO
TOTAL	1000ML	TEMPO DE ANESTESIA
		10:45-

ANOTAÇÕES

X CHECK LIST + MONITORIZACAO

1 - OFERTA DE O2 SOB CATETER NASAL 2L/MIN

2 - RAQUIDIANESTESIA = ASEPSIA + ANTISSEPSIA COM ALCOOL 70% COLOCACAO DE CAMPO ESTERIL PUNCAO LOMBAR DE REGIAO SUBARACNOIDE COM AGULHA QUINCKE Nº 26, LCR CLARO,

OPERAÇÃO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E.	Lerlengo - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Arritmia
		Depressão Respiratória - Hipoxia	Bradi Taquicardia - Choque
		"Bucking" - Vômito	
ANESTESIA	DR. FABIAN	CÓDIGO	PERDA SANGÜINEA
	EVERSON RI	CIRURGIÃO	MARIOS BRUNHEER

NORMOTENSO E INJECAO DE

BUPIVACAÍNA 0,5% 12,5mg, SEM INTER

CORRÊNCIA

3 - CEFALOTINA 2g (EU)

4 - ENCLAMINHO A SERPA

Dr. Fabiano M. Hettero
Anestesiologista
CRM-R 577

204-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Amo Paulo do C. Nascimento, 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 22/03/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta de fêmur + humerus
NO DIA 22/03/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. Bruno Figueiredo E DR. ?
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/04/19, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 21/5/19, ÀS 7 horas, COM O
DR. Bruno Figueiredo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. A. Amado

BOA VISTA 26/5/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1962

MÉDICO

