

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:  
2764817820200702162227

Processo 0815684-85.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 9597 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 10	02/07/2020 16:22:27	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2730982CONTESTACAO01.pdf Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2730982CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
10.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
9	22/06/2020 14:46:54	<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 22/06/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
<div>[+]</div> 8	22/06/2020 12:41:44	<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Suami Percilio do Santos Filho <b>Analista Judiciário</b>
7	22/06/2020 12:38:23	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 30/09/2020 (100 dias)	Suami Percilio do Santos Filho <b>Analista Judiciário</b>
<div>[+]</div> 6	19/06/2020 08:43:24	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO <b>Magistrado</b>
5	18/06/2020 18:28:02	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
4	18/06/2020 18:28:01	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
3	18/06/2020 18:28:01	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	18/06/2020 18:28:01	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	18/06/2020 18:28:01	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Emerson Arcanjo Pinto Sant'Anna <b>Advogado</b>



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

PROCESSO: 08156848520208230010

**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 **DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**, 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 **09/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/01/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **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, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

---

<sup>3</sup>“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)

**DADOS DO SINISTRO**

**Número:** 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**PARECER**

**Diagnóstico:** FRATURA DO QUADRIL DIREITO + JOELHO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVACÃO/ABDUÇÃO DO MID JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR - RETIDA AO LEITO POR DOIS MESES, COM 01 MÊS RETORNOU AO HOSPITAL DEVIDO DOR EM JOELHO D E FOI INDICADO USO DE ANALGÉSICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR FEMOROPATELAR FEZ FISIOTERAPIA, ALTA OUTUBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

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

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

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 09/11/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

BANCO DO BRASIL

#### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.375,00

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

CLIENTE: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000038161-5

---

Nr. da Autenticação 55FF91AF9F4E5F90

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 parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

<sup>4</sup>RECURSO 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.

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

---

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



- 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, 24 de junho de 2020.

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

### **QUESITOS DA RÉ**

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

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

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

### TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-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 **DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08156848520208230010.

Rio de Janeiro, 24 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



---

**Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190614455**

**Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**

**Data do Acidente: 09/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190614455                      Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 09/11/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 18 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190614455**

**Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**

**Data do Acidente: 09/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**

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 GENTE SEGURADORA S/A, 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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614455

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000038161-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 3190614455 3 - CPF da vítima: 849.653.122-87 4 - Nome completo da vítima: Debora Thiatomme Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Debora Thiatomme Barbosa de Lima 6 - CPF: 849.653.122-87  
7 - Profissão: Aux. de Secretária Rua: Paraíba 9 - Número: 1353 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-092  
15 - E-mail: debora-thiatomme@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95)99143-3845

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 0653 001 CONTA: 38161 5  
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afilixado

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, 19 de novembro de 2019

Debora Thiatomme B. de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

849.653.122-87

4 - Nome completo da vítima:

Debora Thattiane Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo:

Debora Thattiane Barbosa de Lima

7 - Profissão:

Ar. Secretária

8 - Endereço:

Rua Piraíba

6 - CPF:

849.653.122-87

11 - Bairro:

Santa Tereza

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

1553

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.092

16 - Tel (DDD):

(95) 99143-3845

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:

33433

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado 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 (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

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 30 de Outubro de 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: 001006/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2019 11:06 Data/Hora Fim: 15/01/2019 11:17

Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/11/2018 12:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Rua Coronel Mota c/ Rua Major Manoel Correa

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 02/11/1993

Profissão: Auxiliar de Secretaria Escolar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Najra Tiane Barbosa de Lima

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 849.653.122-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Piraiba

Nº: 1353

Bairro: Santa Teresa

Telefone: (95) 99143-3845 (Celular)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Raimundo, 484 - Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 849.653.122-87	Placa NAW4317
Renavam 01124340227	Número do Motor JC70E0H407482
Número do Chassi 9C2JC7000HR407672	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I
Modelo HONDA/BIZ 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 31/07/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Debora Thatianne Barbosa de Lima	Proprietário





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

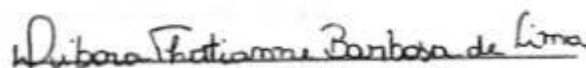
Nº: 001006/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Rua Coronel Mota, sentido bairro, conduzindo a motoneta acima descrita, quando no cruzamento com a Rua Major Manoel Correa, colidiu com o veículo GM CORSA CALSSIC, placa JXP-1301, conduzido por NEDSON SILVA DE BRITO JUNIOR. Que a comunicante invadiu a preferencial e ocasionou o acidente. Que devido a colisão, caiu e sofreu lesões corporais. Que foi socorrida pelo SAMU. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

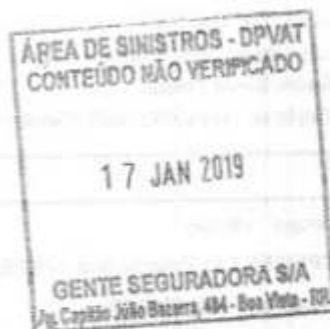
  
Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

  
Debora Thattiane Barbosa de Lima  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima essenciais e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contenção do Código Penal Brasileiro."

JAN. 2019

DELEGACIA DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO





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



DAMS (DESPEÇAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

849.653.122-87

4 - Nome completo da vítima:

Debora Thaiane Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 125/2022

5 - Nome completo:

Debora Thaiane Barbosa de Lima

6 - CPF:

849.653.122-87

7 - Profissão:

Secretaria

8 - Endereço:

Rua Pirajuba

9 - Número:

1533

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Tereza

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.092

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(65) 99143-5845

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declara, por 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 (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (comente uma das bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (301)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

013

CONTA:

33433

1

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

0000

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando 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 não impossibilito 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.

Se não o possuir,mento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e apresentação do laudo do IML, por ausência, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta interposição não significa breve concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau da parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas que se apresentarem e provarão a responsabilidade criminal, por infração do artigo 230 do Código Penal.

34 - Interesse do declarante

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR, 30 de Outubro de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Precursor (se houver)

44 - Assinatura do Precursor (se houver)



## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

1674

SAMU  
192

UNIDADE:

SARV

EQUIPE

Shirley, Huberto e Julio

Paciente: Deborah Tatiane Barbosa de Lima Idade: 25 Sexo: Fem  
 Nacionalidade: Brasileira Raca: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia  
 Endereço: Rua Caetanete Plata Bairro: Centro

Nº 20 900 DATA 09/11/18 HORA J19: 12:23 BASE PRVIA ( ) ( ) RÁDIO  
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: A. Almon HORA J10: 12:33 ( ) CELULAR

☒ SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL [ ] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ☒ ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Bateria encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda da Biclética <input checked="" type="checkbox"/> Pêlo <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Garupa	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espionamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:

VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início <u>12:33</u>	<u>120 x 80</u>	<u>66</u>	<u>18</u>	<u>99</u>				
Fim <u>12:53</u>	<u>120 x 80</u>	<u>76</u>	<u>18</u>	<u>99</u>				

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome														
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/> Fer. perfurante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração														
<input checked="" type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<b>QUEIMADURAS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOCO</th> <th>TORAX</th> <th>ABDOMEN</th> <th>MEMBROS SUP.</th> <th>MEMBROS INF.</th> <th>TOTAL %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CABEÇA	PESCOCO	TORAX	ABDOMEN	MEMBROS SUP.	MEMBROS INF.	TOTAL %							
CABEÇA	PESCOCO	TORAX	ABDOMEN	MEMBROS SUP.	MEMBROS INF.	TOTAL %													

Respiratório	Neurológico	Digestivo	Diabetes	Alergias
<input checked="" type="checkbox"/> Fútil Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutuar	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Metabólico <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestivo <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrico <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso

[ ] ILESO [ ] PEQUENA [ ] MÉDIA [ ] SEVERA [ ] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Tiago Maranhão Dias

ÁREA DE SINISTROS / PRIMEIRO e Centro Médico (Unidade de Destino)

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL

OBSERVAÇÕES: 14/12/18

Stephanie  
FBI

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 44 - Boa Vista - RJ

[ ] Pol. Coaste e 3ª V - PCCS  
 [ ] Hosp. Santo Antônio - HCSA  
 [ ] HMINS

[ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR  
 [ ] Hosp. Lette Iris - HLI  
 [ ] Outros

[ ] Atendido no local  
☒ Trauma HGR  
☐ Pronto Atendimento  
☐ Coronel Mota

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE**

Descrição: \_\_\_\_\_

Nome do Receptor: \_\_\_\_\_

Função do Receptor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: Em 14/12/18 RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: Stephanie RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 02: Rubrica RG: \_\_\_\_\_

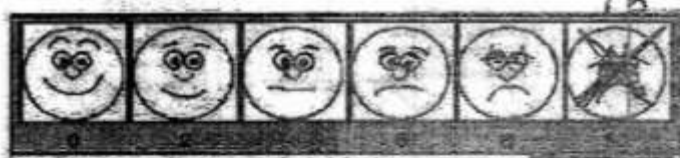
**GESTANTE**

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_

Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

Abertura Ocular	Orientação	Postura
Olhos abertos preferencialmente à estimulação	Espondílica	1
Abertura ocular em nível de voz normal ou em voz alto	Ap. Som	2
Abertura ocular após em estimulação de extremidade dos dedos	A Pressão	3
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	4
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Visual	Orientação	Postura
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	1
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	2
Respostas isoladas ininteligíveis	Polares	3
Apenas gemidos	Sons	4
Ausência de resposta visual, sem fatores de interferência	Ausente	5
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Orientação	Postura
Cumprimento de ordens com 2 ações	Orientada	1
Reação de mão acima do nível da clavícula ao estímulos: cabeça ao pescoço	Localizada	2
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior, ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	4
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	5
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	6
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



**MATERIAL E MEDICAÇÃO**

01 jaleco do, esparadrapo, 01 agulha 40x12, 01 sonda 20 ml, 01 equipo vazio, 01 SF 500 ml, 01 alprazolam, 01 tablet 40mg, neostigmina desacetato, 01 luvas de procedimento e m



## Relatório Médico

Atua transmissões, isolado motor x eixo. Encontra-se ao polo queromoto-se ok lombalopia glaxow 15. Colocados edar ber-veal + provelia + uol block. Realizados venopuncões + anal-geria, mais ulous entoneis conduegida no GT 1HEIR sur at-tureces. Box Shylar Souto  
CORR 248 169

Paciente Vilma de Souza, de Mato Vs Corra Encarna-da no local em Recen-to lateral D Par Apreu-tor dor intenso na Regi-ão lombar. No Momento em BFC LOTE AAA ACU: BCR RUF 2/1 5/5 AR: MV (+) 3/RA. Toxox e Sclome Encon-tes Encaminhada para o PSFE sem Intercorra-cios No Transporte

DR. João Roberto A. MEDICIN 123456



Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Gomes, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/12

Nº da Nota Fiscal 002070926

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	05/02/2019	344	321,69

NAJRA TIANE NAIÁ BARBOSA  
R. PIRAIBA 1153 SANTA TEREZA  
CPF: 00038296659204  
CEP: 69.314-002 - BOA VISTA

ROT: 6 UN1.13.16.1555MM

DADOS DA LEITURA	KWh	AVARI	DATAS DA LEITURA
Atual:	344		Atual: 26/12/2018
Anterior:	0		Anterior: 27/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 28/01/2019
Consumo Medido:	344		Emissão: 21/12/2018
Consumo Faturado:	344	FCAN	Assinatura: 26/12/2018

NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDB1729205N 1500967		1.1.1.2	207

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/18 195	CONSUMO 344 A R\$ 0,791912 = 272,41
OUT/18 210	VISTORIA DE UC 9,85
SET/18 105	CORRECAO MONETARIA DA 10/18-00 0,03
AGO/18 166	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00 0,30
JUL/18 195	MULTA POR ATRASO DE I 10/18-00 0,71
JUN/18 223	JUROS DE MORA POR ATR 10/18-00 0,07
MAT/18 196	MULTA POR ATRASO 10/18-00 2,39
ABR/18 217	JUROS DE MORA DE INPO 10/18-00 0,35
MAR/18 211	ILUMINACAO PUBLICA 35,58
FEV/18 201	
TOTAL SEM TRIBUTOS	
0 A 344 - 0,62463	

**MENSAGENS IMPORTANTES E/OU REVISÃO DE VENCIMENTO**

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODER  
SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO  
LIGUE 0800/011111 E FAÇA O CAD. VENCIMENTO 7 6 11 16 21 76  
Parabéns! Até o dia 21/12/2018, não constataremos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO**

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia: 67,58	Alíquota ICMS: 272,41
Transmissão: 143,30	Valor do ICMS: 17,00%
Encargos: 0,00	Valor do PIS: 46,30
Tributos: 7,44	Valor do COFINS: 1,38

Valor Adicional de Contribuinte

4 55 17 31 25 20 8 36 16 07 22 24 5 81

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Baccara, 484 - Boa Vista - RR

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190614455  
Nome do(a) Examinado(a): Debora Thatianne Barbosa de Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): R Piraiba, 1353  
Sta Tereza Boa Vista RR CEP: 69314-092  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RR ] 3077004  
Data local do acidente: [ 09/11/2018 ]  
Data local do exame: [ 07/11/2019 ] BOA VISTA [ RR ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DO QUADRIL D + JOELHO D**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR - RETIDA AO LEITO POR DOIS MESES, COM 01 MÊS RETORNOU AO HOSPITAL DEVIDO DOR EM JOELHO D E FOI INDICADO USO DE ANALGESICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR FEMOROPATELAR FEZ FISIOTERAPIA, ALTA OUTUBRO DE 2019**

**Complicações: QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID**

**JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE**

**Data da Alta: VITIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID**

**JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID**

**JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

☐ ( ) "Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

☐ ( ) "Sem sequela permanente"

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**QUADRIL - Lado Direito**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Direito**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

**Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho**

**CPF - 378.315.502-91**

**CRM/RR - 1032**

  
Dra. Regina Claudia R. M. Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
ROE: 177



Ortopedia

Aluno de nome  
com trauma em abdô  
dominal @.

Rx com fratura sem  
desvio do ramo pubis  
sem outros traumas

cd: ORTOMAN  
CARGO 200 NO LADO  
DIREITO

DIVE FOMBUKADON



Dr. Alberto F. Brito de Souza  
Médico Ortopedista e Traumatologista  
CRM - RR 1611  
Título Especialista TEOT - 12003



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

**PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA – PAAR**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

REG: 4955/2018	D.N.:	
NOME: Débora Tatiane Barbosa de Lima	IDADE: 25 anos	SEXO: Fem.
EXAME: USG. ABDOMEN TOTAL		
PROCEDÊNCIA: GT	MÉDICO SOLICITANTE: Lael	

**LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO**

**FÍGADO:** Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canalicular intra-órgão de calibre e trajeto preservados. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

**VESÍCULA BILIAR:** Normodistendida. Paredes finas, conteúdo anecóico. Colédoco de calibre normal, 0,3mm.

**PÂNCREAS:** Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Conduto de Wirsung não visualizado.

**BAÇO:** Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual e cápsula sem alterações.

**RIM DIREITO:** Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

**RIM ESQUERDO:** Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

**VCI E AORTA:** Trajetos e calibres e normais.

**SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS:** Íntegros, mantendo as características habituais do espaço pleural normal.

**BEXIGA:** Paredes normoecogênicas e conteúdo anecóico.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal no momento deste exame.

**ID:** Órgãos examinados sem alterações ecográficas.  
Quadro clínico sem tradução ecográfica.

**EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM ANEXO POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO.**

Boa Vista – RR, 9/11/2018 16:25

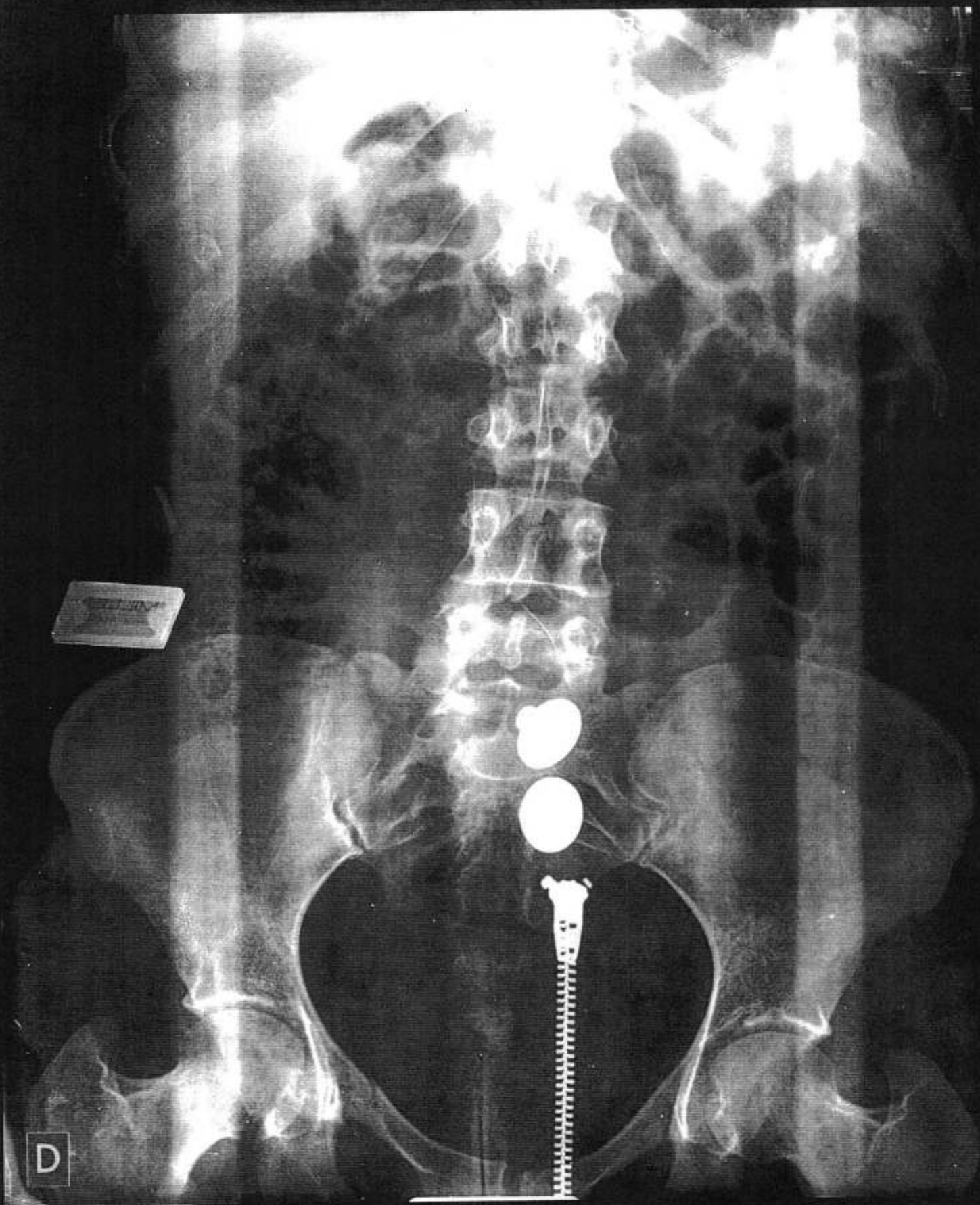
Dr. Deusdete Coelho  
CRM-1402/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto  
CEP: 69360-000, Boa Vista – RR. Telefone: (095) 2121-0600  
E-mail: hosprsb@ibest.com.br







D

DEBORA THATIANE BARBOSA

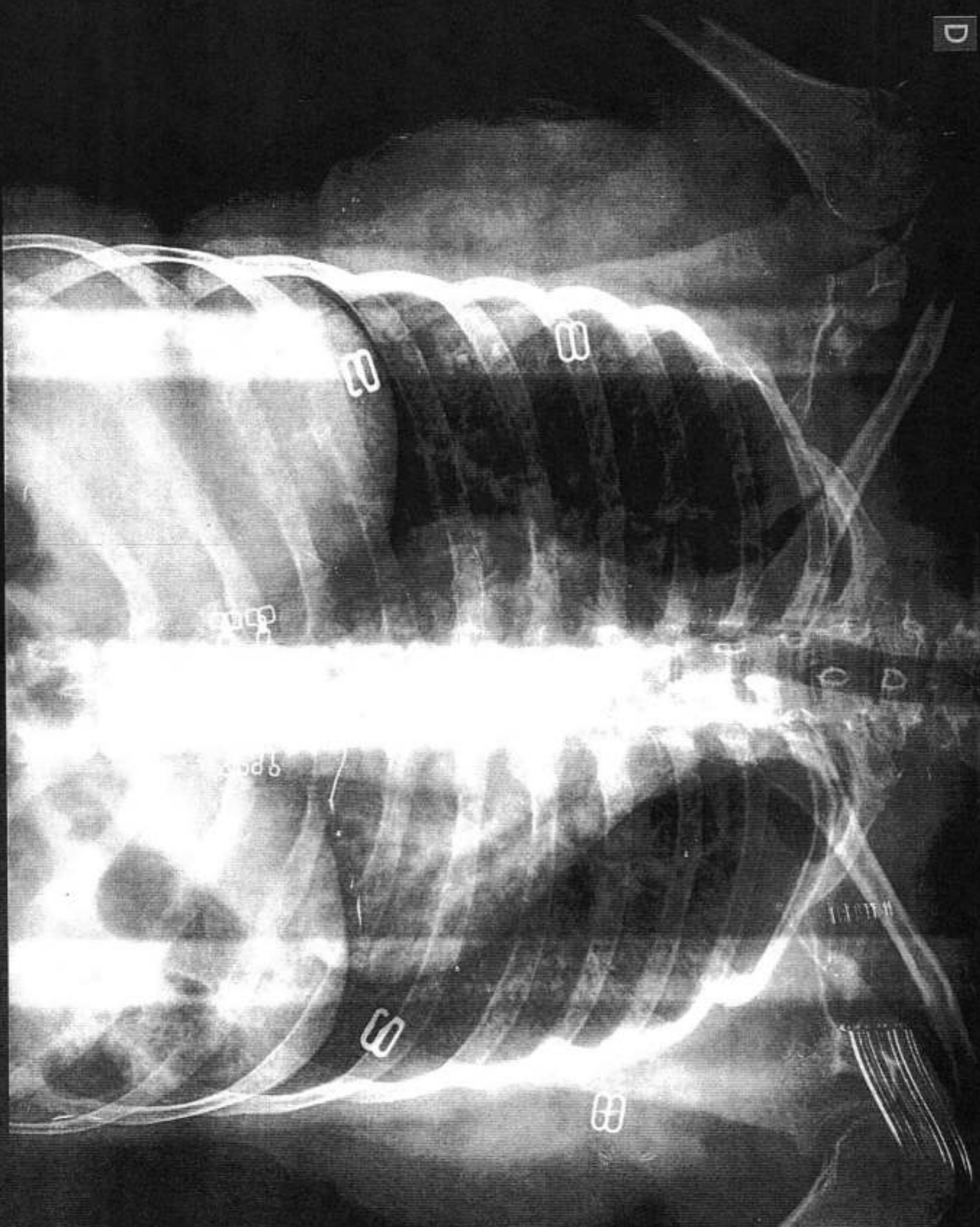
9/11/2018 13:30:06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

51.6 %

D



DEBORA THATIANE BARBOSA

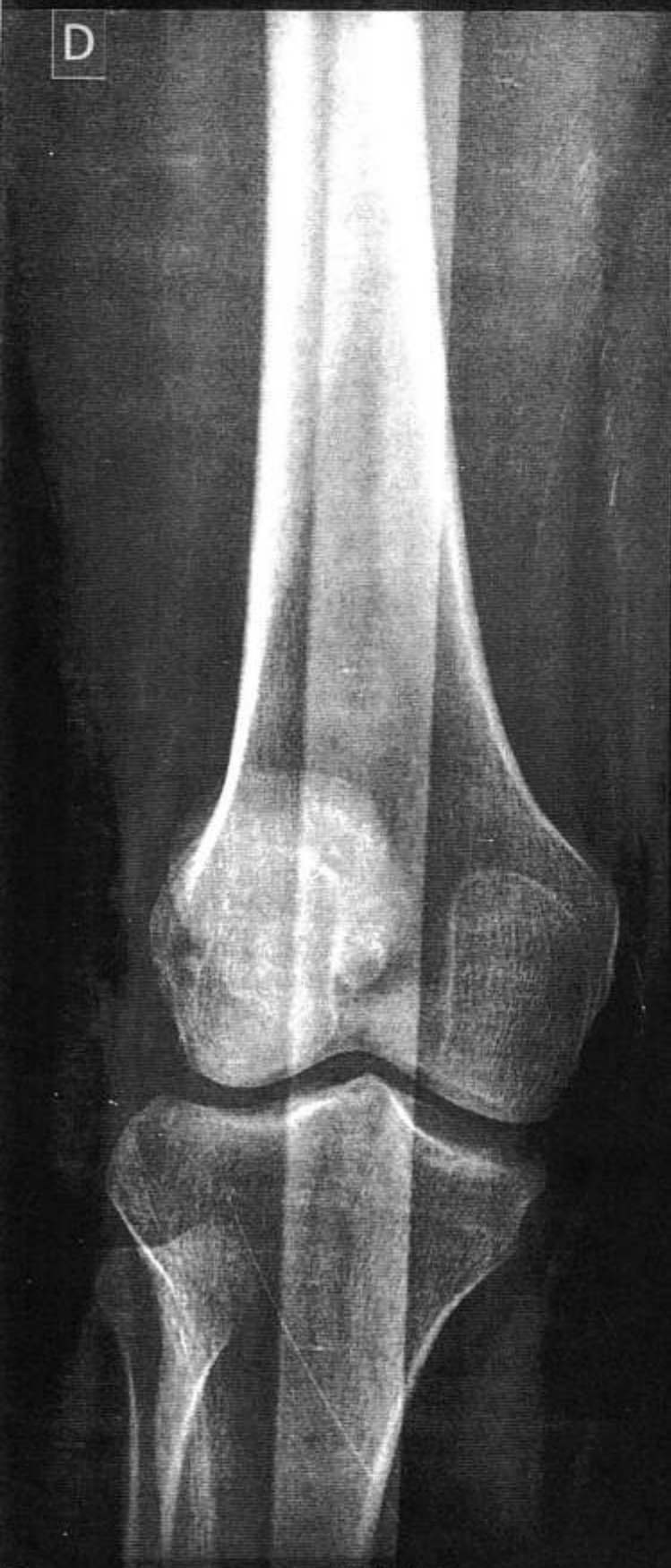
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

9/11/2018 13:30:06

49,3 %

D



4,9 % 0/11/2018 13:30:06

DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

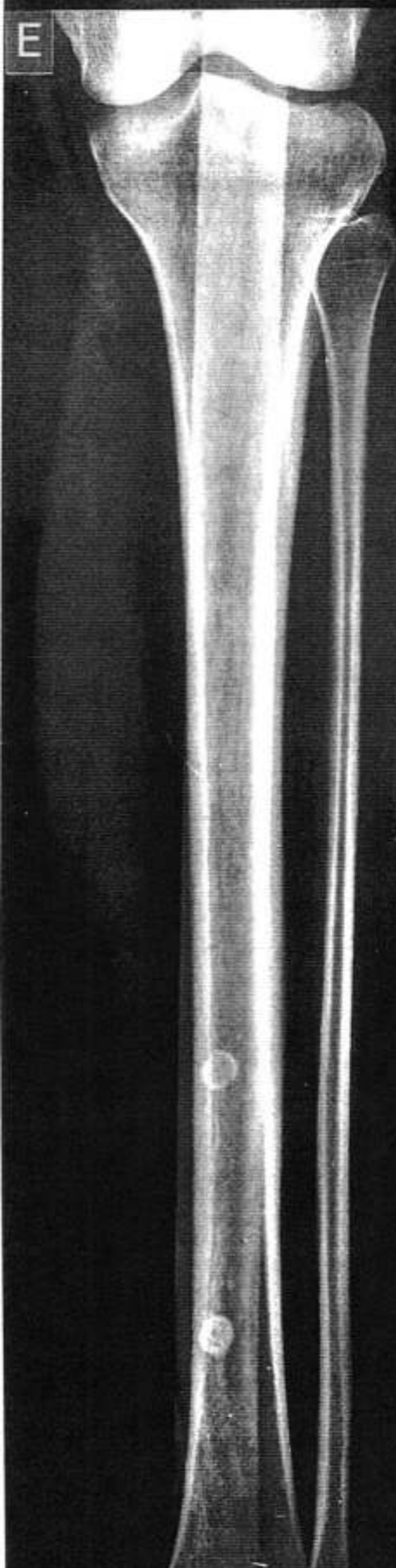


75,2 %

0/11/2018 13:30:06

TR. ROSANGELA



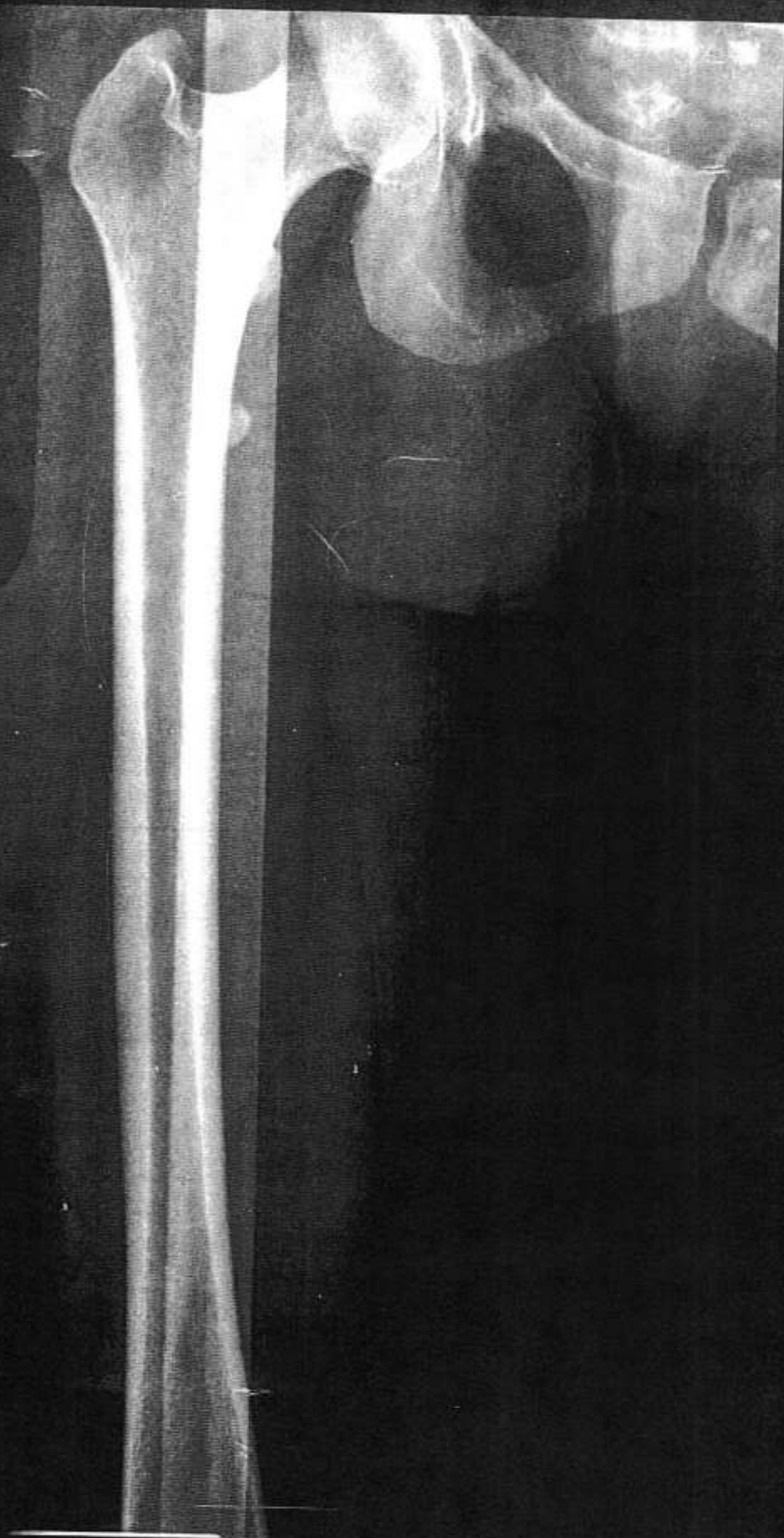


DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

D



DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

9/11/2018 13:30:06

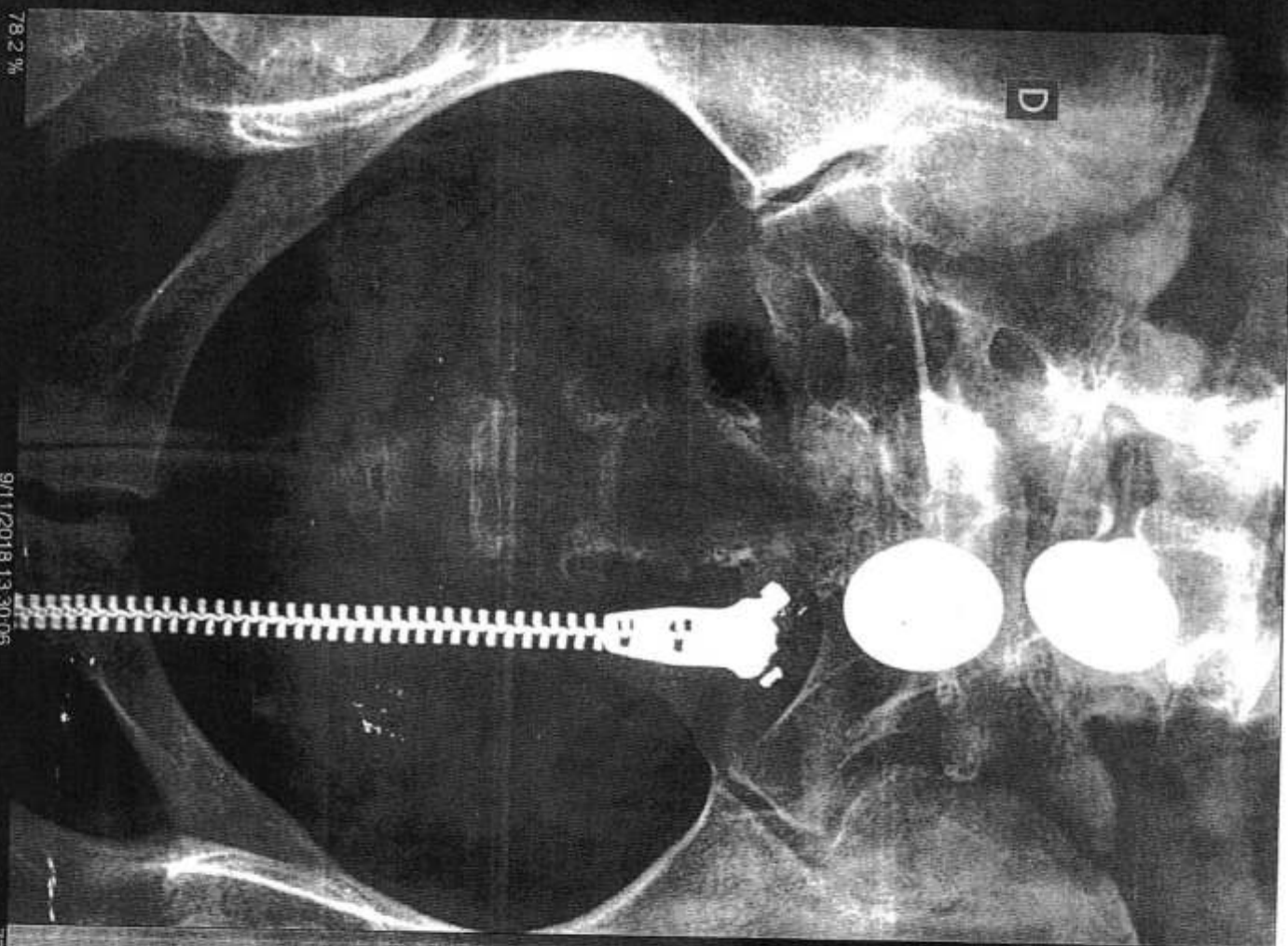
53.7 %

78.2 %

, DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

9/11/2018 13:30:06



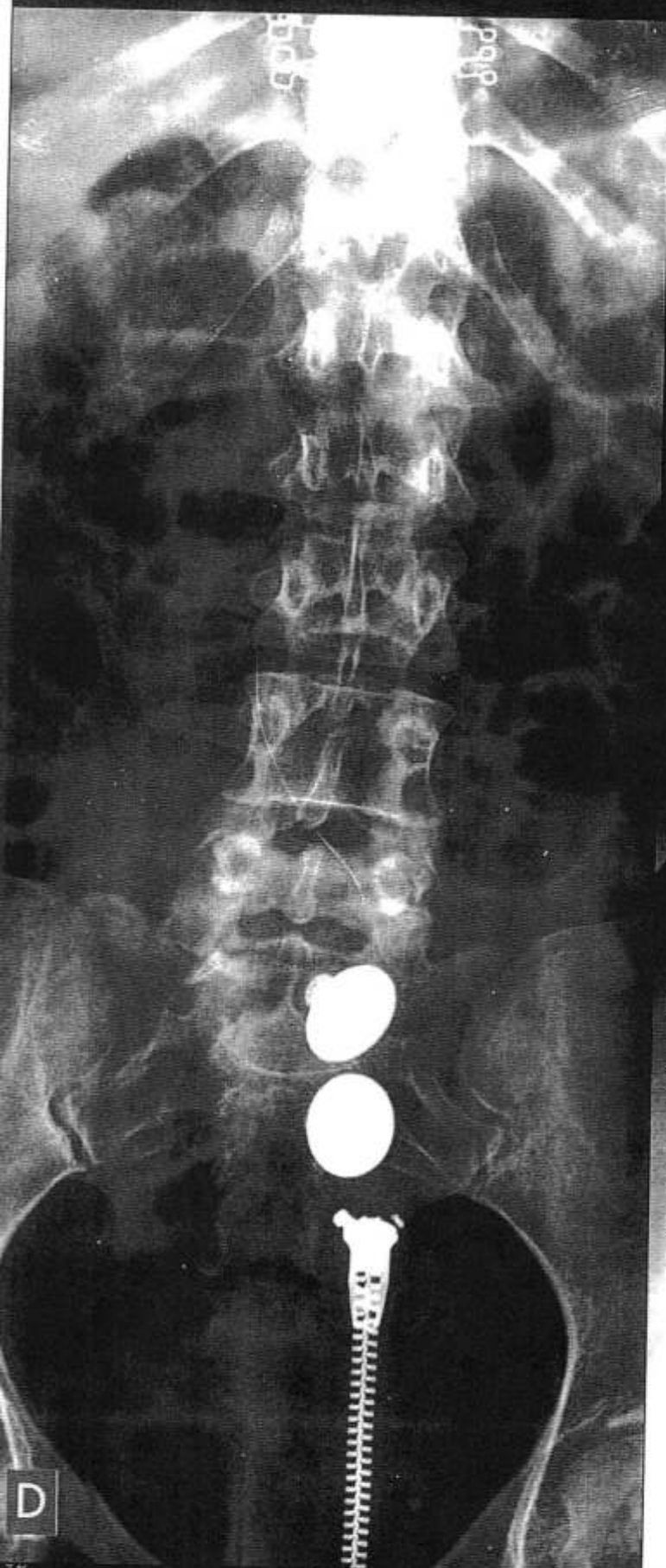
73.6 %

9/11/2018 13:30:06



TR. ROSANGELA





9/11/2018 13:30:08

54,1%



9/11/2018 13:30:08

DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

D

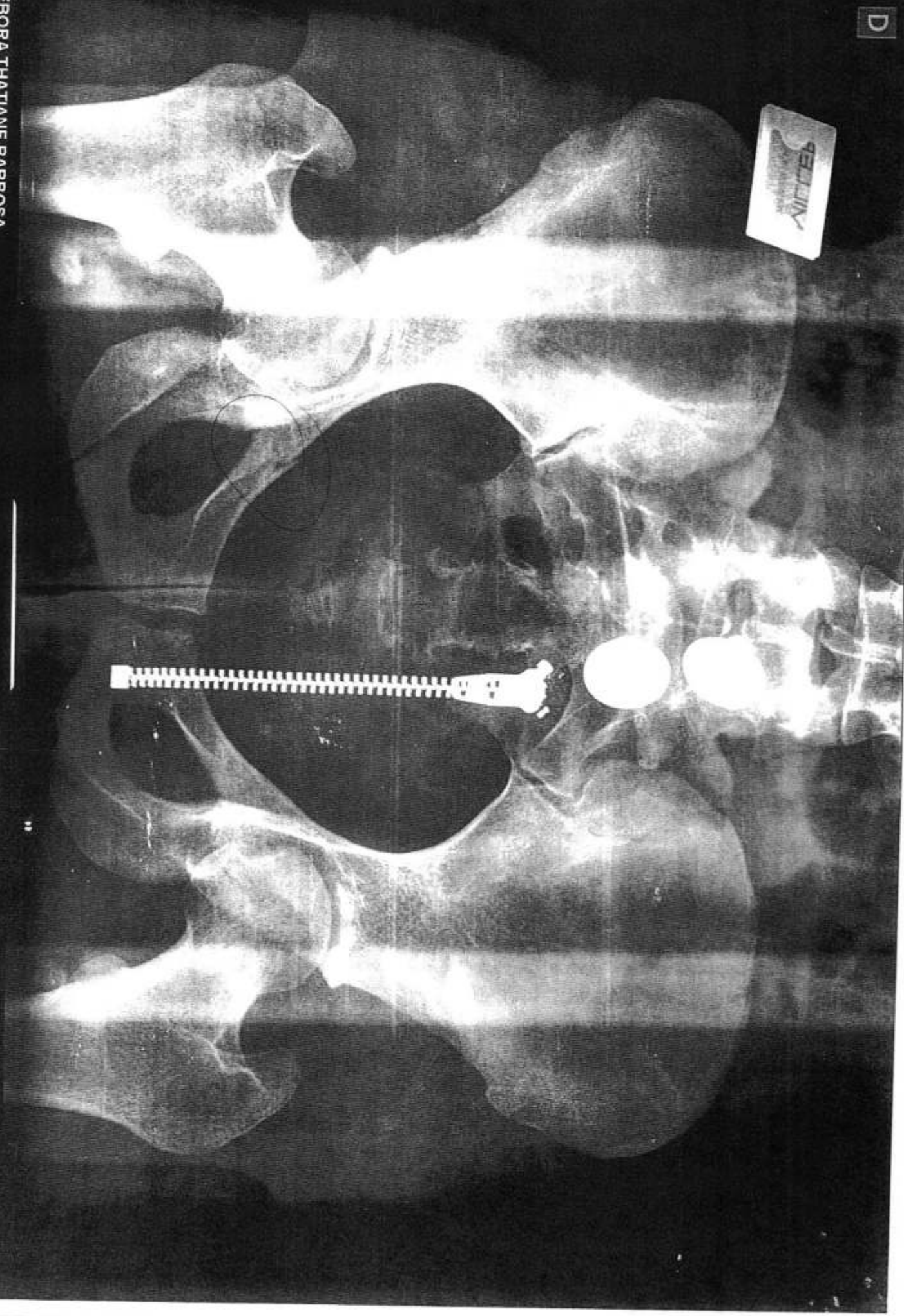
DEBORA THATIANE BARBOSA

DEBORA THATIANE BARBOSA  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

62.1 %

9/11/2018 13:30:06



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

1/1

Ort Dr Brum F.

Pct vítima de trauma em queda de quadris  
na zoolo, queda de um muro

EF: 51.5ano. fleysse em queda. Fx de 51.5ano

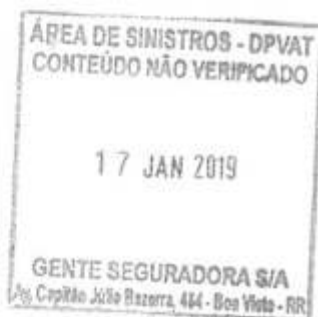
Rx: ã foi envolto Fx ~ queda

- não relato que a pct esta apresentando com

HCN.

Os exames + interven

Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RR 1995







SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA



RECEITUÁRIO

M.ª Nelsona Thompson Santos Lima  
Tel. 25.

Caro Médico

Atesta para os devidos fins  
que a paciente apresenta sintomas  
de febre, dor de cabeça, mal-estar,  
refraco, isolado e prostração  
de febrilidade Ex. tra. a.  
Refere-se ao E.C. (Ex. tra. a.)  
de início e de

Dr. Josué Jesus Paneque Matos  
Médico Especialista em  
Saúde da Família CRM-RR 482  
UBS - Santa Teresa Equipe E.S.F. 3.1  
Rua Aruanã 355 - Boa Vista - RR

DATA

15/12/2019

Assinatura e Carimbo do Médico



## Lauda Médico

Debora Thathanne Barbosa de Lima, CI 3077004 SSP/RR

vítima de acidente de moto sendo constatado dor pélvica e um fêmur. Foi realizado exame de Rx sendo constatada Fratura da bacia sendo tratada com repouso. Após alta hospitalar, paciente manteve dor e limitação de mobilidade no joelho Direito. Exame de RTH apresentou sinais de atrofia/hipossolicitação do mecanismo extensor femoropatela.

Após exame periculado com limitação para flexão e hiperextensão do joelho direito, limitação para extensão repetitivos com membro inferior direito, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusão: Lesão femoral/permanente do membro inferior direito.

Boa Vista, 30/09/2019

  
Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR

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



Polígrafo Direto



*Debora Thatianne B. de Lima*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
GERAL 307700-4

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

24/05/2016

NOME

DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

FILIAÇÃO

ANTONIO WILSON PEREIRA DE LIMA

MAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

02/11/1993

DOC. ORGEM

CERTD NASC 73316 FLS 028-V LIV A/106

1 OF BOA VISTA-RR

CPF

849.653.122-87

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federal do Brasil

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

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

NOME  
DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
3077004 SESP RR

CPF  
849.653.122-87

DATA NASCIMENTO  
02/11/1993

FUNÇÃO  
ANTONIO WILSON PEREIRA  
DE LIMA  
MAJRA TIANE BARBOSA DE  
LIMA

PERMISSÃO  
PERMISSÃO

ACC  
AB

CAT. HABIL  
AB

Nº REGISTRO  
07140070101

VÁLIDA  
04/10/2019

PROROGAÇÃO  
04/10/2018

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR  
*Debora Thatianne B. de Lima*

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
04/10/2019

ANTONIO FRANCISCO BENEITA MACHES  
DIRETOR PRESIDENTE  
DETRAN-RR

84426686565  
RR20592460

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1745534881

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1745534881

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Duzerra, 444 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746224780  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01124340227 RNTC EXERCÍCIO 2017

NOME  
DEBORA T BARBOSA DE LIMA

CPF/CNPJ  
849.653.122-87

PLACA  
NAW4317

PLACA ANT/UF

CHASSI  
9C2JC7000HR407672

ESPÉCIE TIPO  
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/BIZ 110I

ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP/POT/CIL  
2P/0109CC/

CATEGORIA  
PARTICU

COR PREDOMINANTE  
BRANCA

COTA ÚNICA  
\*PAGO\*

VENÇ. COTA ÚNICA  
\*PAGO\*

VENÇ./COTAS  
1ª \*\*\*\*\*

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
27/07/2017

OBSERVAÇÕES

AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD \*  
PROIB SAIR DA AMAZON OCID \*

Antônio Francisco Beserra Marques  
Diretor Presidente  
DETRAN-RR  
Interino

DATA

BOA VISTA-RR 01/08/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RR Nº 013746224780 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
849.653.122-87 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO BILHETE  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 01/08/2017

VIA 01 CPF/CNPJ 849.653.122-87 PLACA NAW4317

RENAVAM 01124340227 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 110I

ANO FAB. 2017 CATEG. 9C2JC7000HR407672

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$40.65 DENATRIAN (R\$) R\$4.52 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$45.17

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.36 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$94.84

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 27/07/2017  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

013746224780

2088656048

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013746224780

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01 01124340222 20886560648

DEBORA T BARBOSA DE LIMA  
RUA PIRAIBA  
SANTA TEREZA Nº 01353  
BOA VISTA-RR/69314092

849.653.122-87 PLACA NAM4317

KORAIMA MOTORES LTDA

9C2JC7000HR407672

PAS/MOTONEIA/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/BIZ 1101 ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

2P/0109CC/ PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

OBSERVAÇÕES

AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD \*  
PROIB SAIR DO AMAZON OCID \*

Antonio Francisco Beserra Marques

BOA VISTA-RR 01/08/2017

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av Capitão João Raimundo, 484 - Boa Vista - RR

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR:

CPF/CNPJ:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de multa de R\$ 100,00 e de suspensão do direito de dirigir, além de responder solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB);
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB);
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHEÇA: não remover



Autenticação mecânica - Primeira cota ou cota única

Estado de Roraima - SEFAZ - DETRAN - Documento de Arrecadação -

Exercício: 2018

Placa: NAW4317 Emissão: 07/08/2018

Autenticação mecânica - Seguro DPVAT

DEBORA T BARBOSA DE LIMA  
RUA PIRAIBA 1363  
HONDA/BIZ 1101  
Ano Fabricação: 2017  
9C2JC7000HR407672

Serviços Solicitados

Licenciamento Anual  
101,78

Total: 101,78

RENAVAM 01124340227  
BASE CÁLCULO 0,00  
ALÍQUOTA 0,00 %  
DEPRECIÇÃO 0,00  
VALOR IPVA 0,00

IPVA COTA ÚNICA: 04.100.8300845.3-1

SEGURO: 05.100.8300847.3-1  
LICENCIAMENTO: 01.100.8300846.3-2

Débitos IPVA: Documento não quita débitos anteriores

VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO CRLV DO ANO ANTERIOR

Local de pagamento: Qualquer que seja do Brasil. BRANFESCO, CEE e HSRC.

ti COBAN:35605 LOJA:0046 PDV:0001  
08/08/2018 BANCO DO BRASIL 10:25:43  
426396254 0093

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

Convenio DPVAT SEGURADORA LIDER  
Codigo de Barras 86660000001-6 85500924860-7  
80011243402-5 27902111823-7  
Data do pagamento 08/08/2018  
Valor em Dinheiro 185,50  
Valor em Cheque 0,00  
Valor Total 185,50  
NR.AUTENTICACAO 4.988.F13.988.609.C46

ti COBAN:35605 LOJA:0046 PDV:0001  
08/08/2018 BANCO DO BRASIL 10:25:53  
426396254 0095

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

Convenio GOVERNO DE RORAIMA - IPVA  
Codigo de Barras 85600000001-3 63770023201-9  
80831011243-4 40220190118-6  
Data do pagamento 08/08/2018  
Valor Total 163,77  
NR.AUTENTICACAO F.3NF.54A.DEA.786.DCL

ti COBAN:35605 LOJA:0046 PDV:0001  
08/08/2018 BANCO DO BRASIL 10:25:31  
426396254 0091

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

Convenio DETRAN RORAIMA  
Codigo de Barras 85690000001-4 01780177201-7  
80831011008-1 30084632077-2  
Data do pagamento 08/08/2018  
Valor Total 101,78  
NR.AUTENTICACAO 2.106.AEF.AGA.116.184

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381184/19

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

CPF: 849.653.122-87

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/11/2018

Titular do CPF: DEBORA THATIANNE  
BARBOSA DE LIMA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA : 849.653.122-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019

Nome: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

CPF: 849.653.122-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO QUADRIL DIREITO + JOELHO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR - RETIDA AO LEITO POR DOIS MESES, COM 01 MÊS RETORNOU AO HOSPITAL DEVIDO DOR EM JOELHO D E FOI INDICADO USO DE ANALGÉSICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR FEMOROPATELAR FEZ FISIOTERAPIA, ALTA OUTUBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## 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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO QUADRIL DIREITO + JOELHO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR - RETIDA AO LEITO POR DOIS MESES, COM 01 MÊS RETORNOU AO HOSPITAL DEVIDO DOR EM JOELHO D E FOI INDICADO USO DE ANALGÉSICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR FEMOROPATELAR FEZ FISIOTERAPIA, ALTA OUTUBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO RAMO PÚBLICO À DIREITA, SEM DESVIO. P2  
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO. P1/12

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO RAMO PÚBLICO À DIREITA, SEM DESVIO. P2  
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO. P1/12

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# 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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000038161-5

---

Nr. da Autenticação 55FF91AF9F4E5F90