

---

**Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028996**

**Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 30/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO**

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

**Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

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, 28 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028996**

**Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 30/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028996

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010069182-X

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](http://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

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

773.412.308-15 GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS 773.412.308-15  
ACOQUEIRO RUA - ARTHUR de LIMA 242  
ALVORADA Boa Vista RR 69.317.186  
RECUSOU (55) 98122-7634

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 69.382 8 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 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: 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 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não afetado pelo acidente  
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, 06/05/2020

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: 773.412.308-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 773.412.308-15  
7 - Profissão: ACOQUEIRO 8 - Endereço: RUA - ARTHUR de LIMA 9 - Número: 242 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317.186  
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): (95) 98122-7634

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 69.382 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado 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: 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 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não afetado  
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, 06/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: BA - Urandi

Sexo: Masculino

Nasc: 09/07/1969

Profissão: Açougueiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15

RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA

Nº: 242

Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 773.414.309-15	<b>Placa</b> NUL4249
<b>Renavam</b> 00492501769	<b>Número do Motor</b> KD05E5C603255
<b>Número do Chassi</b> 9C2KD0550CR603255	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2012/2012
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES
<b>Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 07/04/2015	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILGUEIRAS, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FRENTE FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT, É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000189  
Responsável pelo Atendimento

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS  
(Vítima / Comunicante)

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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: BA - Urandi

Sexo: Masculino

Nasc: 09/07/1969

Profissão: Açougueiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15

RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA

Nº: 242

Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 773.414.309-15	<b>Placa</b> NUL4249
<b>Renavam</b> 00492501769	<b>Número do Motor</b> KD05E5C603255
<b>Número do Chassi</b> 9C2KD0550CR603255	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2012/2012
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES
<b>Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 07/04/2015	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILGUEIRAS, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FRENTE FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT, É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000189  
Responsável pelo Atendimento

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS  
(Vítima / Comunicante)

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



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

2 - Nº de registro em AS: 3 - CPF da Vítima: 773.412.308-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 773.412.308-15  
7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: RUA - ARTUR DE LIMA 9 - Número: 242 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.317-436  
15 - E-mail: R-C-ROSA@GMAIL.COM 16 - Telefone: (84) 98172-7634

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: ☒ RENDIMENTO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Poupança para os bancos citados. Anotar a opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 68.382 B AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito de controle) (informar o dígito de controle)

Autorizo a Seguradora LIDER a consultar na base de dados da seguradora informada, a validade da declaração, o valor da indenização e o recebimento do Seguro DPVAT e que eu não tenho direito de recorrer em caso de não pagamento do prêmio, quitando total os valores devidos.

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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recebimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.474/94), uma vez que:  
• Não na IM que atende 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 30 (trinta) dias do pedido.  
Se não, o interessado deve avaliar o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por incapacidade permanente, com base na documentação médica apresentada, sob a responsabilidade do laudo do IML, com o conhecimento de que já não há mais a ser submetido a análise médica presencial, a ser necessária, se houver a necessidade, para verificação de existência ou não de lesões físicas, bem como de danos materiais e morais decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.474/94.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a Lei ou com a ação imediata ou futura de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou marido(a) ou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/mãe(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora LIDER poderá, caso necessário, solicitar a contratação do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem a propor a esta condição, quando estiver, ainda, de que qualquer um dos beneficiários não verdadeiros poderá gerar a contratação do seguro e valor recebido da indenização será revertido para a União da República do Brasil.

34 - Imagem da vítima: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima): \_\_\_\_\_  
38 - 14 | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 23 | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Nome e Data: \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decurante): \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010069182-X

---

Nr. da Autenticação 203852A65968F76D

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 891 - 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 Impostos autorizado pelo SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 4051012  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE RR-2019  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM

CONTA Nº 0091239-5  
VENCIMENTO 06/12/2019  
CONSUMO 175  
TOTAL A PAGAR 163,98  
CPF: 00077341430915  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS  
R: JOAO ARTHUR DE LIMA 242 - ALVORADA  
CEP: 69.317-196 - BOA VISTA

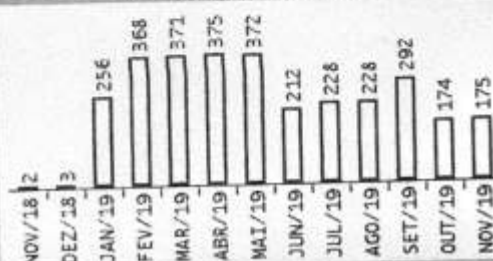
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 175	Atual: 18/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-1
Anterior: 741	Anterior: 10/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 10/12/2019	Trifásico: NÃO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 14/11/2019	Ligação: INSTALAÇÃO
Consumo medido: 175	Apresentação: 18/11/2019	Número Medidor: 18746
Consumo Faturado: 175		Forma de Faturamento: NORMAL
		Modalidade: N 1424765

DESCRIÇÃO DA CONTA  
CONSUMO 175 A R\$ 0,773195 = 135,30  
Multa por atraso de 10/19-00 0,75  
Multa por atraso 10/19-00 2,66  
Juros de mora de 10/19-00 0,04  
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 175 - 0,624806

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 146



MENSAGENS  
IMPORTANTES

REAVISO DE  
VENCIMENTO

PARCELAS PAGAS - ATUALIZE SEU CANCELAMENTO ATÉ 10/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL DESDE ATÉ 30/11. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007734143 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26. Parâmetros: Até o dia 14/11/2019, não constavam faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5644.57CA.BFAE.581F.1EA8.4CF2.BFAE.1354

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	73,16	Base de Cálculo:	ICMS: 17,00%
Transmissão:	22,00		PIS: 0,21%
Encargos:	4,14		COFINS: 1,80%
Tributos:	25,50		
			VALOR
			23,00
			0,51
			2,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Q4	Q3	Q2	Q1	Q4	Q3	Q2	Q1
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Reajuste	0,00			0,00			0,00	
Consumo	DISTRITO			Período de operação:	09/2019		95,80	

ROT: 11.001.19.07.077800

**RORAIMA ENERGIA**

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ené Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0091239-5

MÊS FATURADO

11/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

163,98

VENCIMENTO

06/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4051012

FCM\*

83610000001 4 63980075000 7 000000000091 9 23951119008 8



SEQ.: 0175 UC: 0091239-5 DT.LEIT.: 18/11/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 7586 NORMAL TOTAL: 163,98 CARGA: 025  
DT.VENC.: 06/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4261



C. N. 03.035.457/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 28.285.428-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 08.308-410



0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSARIA SERRAO NUNES

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467 - 4 - ASA

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

Hidrometro 102.0281.000

Data de Instalação

3/8/2015

Residência

Situação Esgoto

Y11B007107

22/01/2015

LIGADO

FACTIVEL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 116

117

1

29

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/07/2019 15/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 4-0  
201906 1-0  
201905 1-0  
201904 1-0  
201903 3-0  
201902 1-0

MEDIA 1

Qualidade da Rede Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
APORTANTE	COLOR	TURBIDIDADE	ODR	C. TOTAL	E. COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

1 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/09/2019

24,32

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA

REFERENCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

1041355

08/2019

15/09/2019

24,32

82680000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9



Via do Cliente

Via do CAER



C.N.J. 03.038.457/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 28.285.428-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 08.308-410



0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSARIA SERRAO NUNES

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467 - 4 - ASA

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Hidrometro 102.0281.000

Data de Instalação

3/8/2015

Residência

Situação Esgoto

Y11B007107

22/01/2015

LIGADO

FACTIVEL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 116

117

1

29

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/07/2019 15/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 4-0  
201906 1-0  
201905 1-0  
201904 1-0  
201903 3-0  
201902 1-0

MEDIA 1

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
APORTANTE	COLOR	TURBIDIDADE	ODOR	C. TOTAL	E. COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	300	300	300	300	300

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

1 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/09/2019

24,32

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	08/2019	15/09/2019	24,32

82680000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9



Via do Cliente

Via do CAER



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSÂNGELANONES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, 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>AVS MANOEL RELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>68.305-170</u>
Email <u>ZANZ MASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9898122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>98158-4307</u>

BOA VISTA, RR, 26 de DEZEMBRO de 2023  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSÂNGELANONES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, 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>AVS MANOEL RELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>68.305-170</u>
Email <u>ZANZ MASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9598122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>95158-4307</u>

BOA VISTA, RR, 26 de DEZEMBRO de 2023  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

DIURNO 07-19 8

1901129620		30/06/2019 10:25:22		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 8	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		09/07/1969		49 A 11 M 21 D		706007376755741		77341430915	
Tipo Doc		Documento		Estado Civil		Naturalidade		Nacionalidade	
IDENTIDADE		00058961825		M		URANDI - BA		BRASILEIRA	
Mãe		ADELINA PEREIRA DOS SANTOS		Pai		Contato		(95) 99123-5436	
Endereço		AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR		NC				Ocupação	
								COZINHEIRO	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validado		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA						JACKSON.SADOVSKI	
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
"Acidente de moto"									
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL		15	
Nega drogas e medicamentos				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:30h)									
Paciente sofreu acidente de moto (sem capacete). Caiu em cima do braço D									
Exame Físico									
PEG, LOTE, a.a., supneus									
Dificuldade a movimentação de membro sup. D. Presença de ematoma em membro sup. D									
Hipótese Diagnóstica									
Contusão do braço direito - hi. Tipo I + RCT + RCT									
SADT - Exames Complementares									
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA	
<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO									
Opióide 1h									
Dr. Jesus A. Lopez Aguiar									
CR-12-566									
APRAZAMENTO									
OBSERVAÇÃO									
Condução									
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia			
<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		<input type="checkbox"/> Internação		Data e Hora da Saída/Alta: 30/06/19 10:47			
óbito									
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML		Análise de Risco			
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Impresso por: jackson.sadovski									
Data Hora: 30/06/2019 10:25:57									
Carimbo e Assinatura do Médico									
Dr. Jesus A. Lopez Aguiar									
CR-12-566									
AUTENTICAÇÃO									
1901129620									
Cópia e Dev. Fez a presente									
Cópia é fiel Reprodução Original									
qualquer apresentado nesta Hospital									

Nome **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**  
Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**  
Médico Solicitante: NILO BRANDÃO

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO**

**Protocolo:**

*Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.*

**Indicação clínica:**

- *Sind. de impacto.*

**Relatório:**

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoídea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pósterio-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

**Conclusão:**

- **Leve alteração degenerativa acromioclavicular.**
- **Bursite subacromial/subdeltoídea.**
- **Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.**
- **Pequeno derrame articular gleno-umeral.**
- **Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pósterio-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.**

Dr. Leomar Hitotuzi  
Médico Imagenologista  
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443  
Responsável Técnico

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





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.

17

1901129620	30/06/2019 10:25:22	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	8
Paciente <b>GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</b>		Data Nascimento <b>09/07/1969</b>	Idade <b>49 A 11 M 21 D</b>	CNS <b>706007376755741</b>	CPF <b>77341430915</b>	Prontuário	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>00058961825</b>	Órgão Emissor <b>SSP PR</b>	Data Emissão <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A) PARD</b>	Raça/Cor <b>URANDI - BA</b>	Naturalidade <b>BRASILEIRA</b>	Nacionalidade
Mãe <b>ADELINA PEREIRA DOS SANTOS</b>	Endereço <b>AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR</b>		País <b>NC</b>	Contato <b>(95) 99123-5436</b>	Ocupação <b>COZINHEIRO</b>		
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>	Procedimento Sol.	Registrado por: <b>JACKSON.SADOVSKI</b>				
Queixa Principal <b>"Acidente de moto"</b>		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem <b>Nega alergia a medicamentos</b>				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL <b>15</b>		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <b>10:30h</b> ) <b>Paciente sofreu acidente de moto (sem capacete). Caiu em cima do braço D</b>							
Exame Físico <b>PSSG, LOTE, cca, expmicos</b> <b>Dificuldade a movimentação de membro sup. D. Presença de entorse em</b>							
Hipótese Diagnóstica <b>Contusão ombro direito - hi Tipo I + Hente + Algodão</b>							
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO <b>Opirom 1h</b>				APRAZAMENTO <b>Dr. Jesus A. Lopez Aguirre</b> <b>06/06/2019</b>			
OBSERVAÇÃO							
Condução <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revella <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>Ortopedia</b>							
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomico <input type="checkbox"/> Patologica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico <b>Dr. Jesus A. Lopez Aguirre</b> <b>06/06/2019</b>			
Impresso por: jackson.sadovski Data e hora: 30/06/2019 10:25:57				Hospital Geral de Roraima Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, S/N 69000-000 - Boa Vista - RR Fone: (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO <b>06/06/2019</b> 1901129620 Cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital			

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**HOSPITAL CORONEL MOTA**

SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

**NOME: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS      DN: 09.07.1969**

**IDADE: 50 ANOS                      SEXO: M**

**DR(a): JESUS                      DATA: 26.07.19**

**ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO**

Ao exame do ombro direito, observa-se presença de imagem de espessamento heterogêneo, do tendão do músculo supraespinhal, com lesão intratendínea de 4 mm no terço médio, compatível com ruptura.

Tendão subescapular e infraespinhal preservados.

Tendão da cabeça longa do bíceps espessados, hipoeecóico, com coleção líquida laminar peritendínea.

Articulação acrômio clavicular preservado.

Ausência de outras lesões focais.

**HD: Ruptura parcial intra tendínea do tendão do músculo supraespinhal à direito.**

**Tenossinovite bicipital à direito.**

  
\_\_\_\_\_  
**MÉDICO RESPONSÁVEL**  
**DR: JULIO KONG/ CRM - 376**



Nome **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Cód. Pac.: 73033

Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: NILO BRANDÃO

### **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO**

#### **Protocolo:**

*Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.*

#### **Indicação clínica:**

- *Sind. de impacto.*

#### **Relatório:**

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoídea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pósterio-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

#### **Conclusão:**

- **Leve alteração degenerativa acromioclavicular.**
- **Bursite subacromial/subdeltoídea.**
- **Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.**
- **Pequeno derrame articular gleno-umeral.**
- **Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pósterio-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.**

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443  
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi  
Médico Imagenologista  
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi CRM1232

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

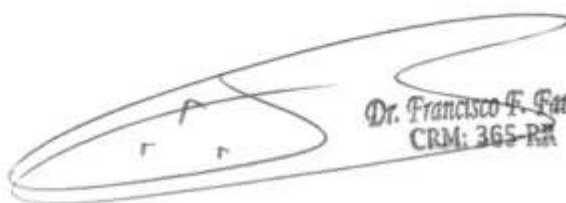
## Laudo Médico

Sr. Gilmar Pereira dos Santos, R.G. 5896.182-5 SSP/PA

vítima de acidente de moto, conforme ficha de atendimento  
1903129620 P.S. Francisco Bisbão de 30/06/2019, com diagnó-  
stico ortopédico de ruptura parcial entre tendões do  
tendão do músculo supraespinhal à direita e tenossi-  
novite bicipital à direita. Foi realizado tratamento  
conservador. Foi realizado também sessões de fisioter-  
pia. Após alta médica, percebendo evolução com  
limitação para elevação do membro direito, limitação  
para abdução, adução, rotação e redução de flexão  
do membro superior direito, comprometendo suas  
atividades laborais com membro superior direito.

Conclusão: Sequela funcional perma-  
nente de membro superior direito.

16/01  
2020

  
Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR

DATA

19/

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554853612

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554853612

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



NOME  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / CRL. EMISSOR/UF  
58961825 SESP PR

CPF  
773.414.309-15

DATA NASCIMENTO  
09/07/1969

PLACAO

ADELINA PEREIRA DOS  
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

ALD

Nº REGISTRO  
02179620638

VALIDADE  
29/12/2022

HABILITAÇÃO  
17/09/1996

OBSERVAÇÕES  
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA, RR

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERNO  
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO  
02/01/2019

40174105149  
RR209495510

RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014247002151  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00472501769 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ 773.414.309-15 PLACA NUL 4249

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0350ER603255

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
*PAGO*	*PAGO*	1ª *****
FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
** PAGO COTA ÚNICA **		3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$0.32 R\$84.58 08/10/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB SAIR DA A  
MAZ OCID \*

BOA VISTA do Gomes Brasil  
Diretor Presidente  
DETRAN-RR



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014247002151  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00472501769 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ 773.414.309-15 PLACA NUL 4249

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0350ER603255

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
*PAGO*	*PAGO*	1ª *****
FAIXA LPUA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
** PAGO COTA ÚNICA **		3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$0.32 R\$84.58 08/10/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB SAIR DA A  
MAZ OCID \*

BOA VISTA do Gomes Brasil  
Diretor Presidente  
DETRAN-RR



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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200028996 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO

**Descrição do exame físico:** OMBRO DIREITO: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA INICILAMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR,2014078384, EM 50 % DO OMBRO DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

## 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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



**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: 3200028996  
Nome do(a) Examinado(a): Gilmar Pereira dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Arthur de Lima, 242  
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-196  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PR ] 58961825  
Data local do acidente: [ 30/06/2019 ]  
Data local do exame: [ 30/01/2020 ] 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 CONTUSÃO EM OMBRO D**

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

**Tratamento: VITIMA INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO. Complicações: OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**

- 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:

**OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**

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):

**OMBRO - Lado Direito**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☒ (X) 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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

**Vítima:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 773.414.309-15

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/06/2019

**Títular do CPF:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

### GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024632/20

**Vítima:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 773.414.309-15

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/06/2019

**Titular do CPF:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53**

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

**GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15**

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: 17/01/2020  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE** Nome: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: AÇOUGUEIRO  
Identidade: 58961825 SSP/RR CPF: 773.412.309-15  
Endereço: Rua: JOÃO ARTHUR DE LIMA nº: 242 Bairro: ALVORADA  
Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.317-196

Vitima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS  
CPF: 773.412.309-15 Data do sinistro: 30/06/2019  
Natureza: ( ) DAMS (x) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão:  
Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53  
Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista RR 28/11/2019  
Local e data



Gilmar V. dos Santos  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

**Vítima:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 773.414.309-15

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/06/2019

**Titular do CPF:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

### GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020  
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO  
CPF: 321.801.442-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA