

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:  
2958621420210122170600

Processo 0832038-88.2020.8.23.0010 ☆ - (37 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

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 6	22/01/2021 17:06:00	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>6.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2777334CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2777334CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div><div>6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KIT SEGURADORA LDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
5	16/12/2020 15:01:16	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	16/12/2020 15:01:16	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	16/12/2020 15:01:16	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
Registro de Distribuição			
2	16/12/2020 15:01:16	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
2ª Vara Cível			
<div>[+]</div> 1	16/12/2020 15:01:15	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200364875

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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

Carta nº 16220914



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200364875

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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

Carta nº 16298844

Pag. 01425/01426 - carta\_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8LY V7XQY KKUBA HGSEU





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200364875**

**Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO**

**Data do Acidente: 16/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO**

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

Pag. 01913/01914 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020957



Carta nº 16335367

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8LY V7XQY KKUBA HGSEU





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200364875

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000031383-1

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

Pag. 00001/00002 - carta\_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8LY V7XQY KKUBA HGSEU



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

867-063-142-34

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

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

5 - Nome completo:

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

6 - CPF:

867-063-142-34

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. FRANCISCO CUSTÓDIO DE ANDRADE

9 - Número:

655

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69-312-258

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

(95)98118-1200

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:

☒ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

8526

CONTA:

31383

1

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 (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

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 129 DE SETEMBRO DE 2020

*Marcelo Guimarães de Castro*  
Procurador (CA)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 11406/2020 - Registrado em: 21/09/2020 às 16h 57min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 15h 40min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Bairro: CAUAME

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO(45), nascido(a) em 27/05/1975, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 867.063.142-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de IZABEL DA GAMA GUIMARÃES e ALCIDES SARMENTO DE CASTRO, endereço: FRANCISCO CUSTODIO DE ANDRADE, cep: 69312-258, Nº: 655, bairro: ASA BRANCA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99119-8455.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O SENHOR MARCELO AFIRMA QUE VINHA CAMINHANDO NA BR 174 NO DIA E HORA MENCIONADO ACIMA, QUANDO UM CARRO( QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, JA QUE O MESMO SE EVADIU DO LOCAL APÓS O ATROPELAMENTO, ) FOI ULTRAPASSAR OUTRO CARRO , QUANDO FOI FAZER ESSA ULTRAPASSAGEM, BATEU NO SR MARCELO, O MESMO CAIU NA BR 174 E O CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ DIREITO DELE. O CARRO NÃO PAROU E O SENHOR MARCELO FOI AJUDADO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ESSAS PESSOAS ACIONARAM O RESGATE QUE CHEGOU E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS E LEVOU O SR MARCELO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. COMO NÃO HAVIA MATERIAL PARA A CIRURGIA O SR MARCELO FOI MANDADO PARA CASA COM A PROMESSA DE SER CHAMADO QUANDO OS MATERIAIS PARA A CIRURGIA CHEGASSE, COM ENTROU A PANDEMIA DO COVID 19 , O SR MARCELO NUNCA FOI CHAMADO ATÉ HOJE E POR ESSA RAZÃO SEU PÉ FICOU TORTO E O MESMO ANDA SOMENTE COM AUXILIO DE MULETAS. QUE REGISTRA PARA FINS DE DPVAT.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO  
COMUNICANTE





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 11406/2020 - Registrado em: 21/09/2020 às 16h 57min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 15h 40min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Bairro: CAUAMÉ

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO(45), nascido(a) em 27/05/1975, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 867.063.142-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de IZABEL DA GAMA GUIMARÃES e ALCIDES SARMENTO DE CASTRO, endereço: FRANCISCO CUSTODIO DE ANDRADE, cep: 69312-258, Nº: 655, bairro: ASA BRANCA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99119-8455.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O SENHOR MARCELO AFIRMA QUE VINHA CAMINHANDO NA BR 174 NO DIA E HORA MENCIONADO ACIMA, QUANDO UM CARRO( QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, JA QUE O MESMO SE EVADIU DO LOCAL APÓS O ATROPELAMENTO, ) FOI ULTRAPASSAR OUTRO CARRO , QUANDO FOI FAZER ESSA ULTRAPASSAGEM, BATEU NO SR MARCELO, O MESMO CAIU NA BR 174 E O-CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ DIREITO DELE. O CARRO NÃO PAROU E O SENHOR MARCELO FOI AJUDADO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ESSAS PESSOAS ACIONARAM O RESGATE QUE CHEGOU E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS E LEVOU O SR MARCELO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. COMO NÃO HAVIA MATERIAL PARA A CIRURGIA O SR MARCELO FOI MANDADO PARA CASA COM A PROMESSA DE SER CHAMADO QUANDO OS MATERIAIS PARA A CIRURGIA CHEGASSE, COM ENTROU A PANDEMIA DO COVID 19 , O SR MARCELO NUNCA FOI CHAMADO ATÉ HOJE E POR ESSA RAZÃO SEU PÉ FICOU TORTO E O MESMO ANDA SOMENTE COM AUXILIO DE MULETAS. QUE REGISTRA PARA FINS DE DPVAT.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO  
COMUNICANTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFIRMAÇÃO





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 11406/2020 - Registrado em: 21/09/2020 às 16h 57min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 15h 40min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Bairro: CAUAMÉ

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO(45), nascido(a) em 27/05/1975, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 867.063.142-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de IZABEL DA GAMA GUIMARÃES e ALCIDES SARMENTO DE CASTRO, endereço: FRANCISCO CUSTODIO DE ANDRADE, cep: 69312-258, Nº: 655, bairro: ASA BRANCA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99119-8455.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O SENHOR MARCELO AFIRMA QUE VINHA CAMINHANDO NA BR 174 NO DIA E HORA MENCIONADO ACIMA, QUANDO UM CARRO( QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, JA QUE O MESMO SE EVADIU DO LOCAL APÓS O ATROPELAMENTO, ) FOI ULTRAPASSAR OUTRO CARRO , QUANDO FOI FAZER ESSA ULTRAPASSAGEM, BATEU NO SR MARCELO, O MESMO CAIU NA BR 174 E O-CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ DIREITO DELE. O CARRO NÃO PAROU E O SENHOR MARCELO FOI AJUDADO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ESSAS PESSOAS ACIONARAM O RESGATE QUE CHEGOU E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS E LEVOU O SR MARCELO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. COMO NÃO HAVIA MATERIAL PARA A CIRURGIA O SR MARCELO FOI MANDADO PARA CASA COM A PROMESSA DE SER CHAMADO QUANDO OS MATERIAIS PARA A CIRURGIA CHEGASSE, COM ENTROU A PANDEMIA DO COVID 19 , O SR MARCELO NUNCA FOI CHAMADO ATÉ HOJE E POR ESSA RAZÃO SEU PÉ FICOU TORTO E O MESMO ANDA SOMENTE COM AUXILIO DE MULETAS. QUE REGISTRA PARA FINS DE DPVAT.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO  
COMUNICANTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFIRMAÇÃO



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

867-063-142-34

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

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

5 - Nome completo:

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

6 - CPF:

867-063-142-34

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. FRANCISCO CUSTÓDIO DE ANDRADE

9 - Número:

655

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69-312-258

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

(95)98118-1200

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:

☒ RECURSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

8526

CONTA:

31383

1

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 (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

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 129 DE SETEMBRO DE 2020

*Marcelo Guimarães de Castro*  
Procurador (CA)

ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031383-1

Autenticação:

A1F1ACCFE8D061D78A046FB7AA05211B2AFDB7F9B8F49473B74BCB094A7A5AA0



8368000003 3 10680075000 7 00000000023 2 52880720000 4



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5908973

**RAQUEL DELL EUGENIO**

AV BENTO BRASIL, 248 ,

CENTRO

69301050 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>1260553</b>	MÊS <b>08/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>29-JUL-20 a 27-AUG-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>151</b>	VENCIMENTO <b>26-SEP-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 149,26</b>

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>1260553</b>	MÊS <b>08/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 149,26</b>
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836600000019.492600750003.000000001263.055308200058



29/09/2020 17:2





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) ou entre em contato através de um dos canais abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e cidades onde há escritórios: 0800-323555 / Outros estados: 0800-012121 ou

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-012121 ou SAC (para dúvidas sobre a cobertura): 0800-012121 ou Central de Atendimento: 0800-012121

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta formalidade é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:  
<http://www2.susep.gov.br/DOCUMENTOS/DOCS/REGULAMENTO-DE-SEGURO-DE-VIDA>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Segurados não obrigados a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca do perfil e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de perfil e renda, nesta formalidade, não impede o pagamento da indenização do Seguro-Vida, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CONEP.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, órgão responsável pela supervisão e fiscalização dos negócios de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros. \* COMISSÃO DE CONTROLE DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA - CONEF, órgão responsável na supervisão do Mercado de Seguros, tem por finalidade supervisionar, aprovar, emitir pareceres administrativos, executar, controlar e monitorar as atividades operacionais de seguros de vida.

Pelo presente, eu TELMA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO inscrito (a) no CPF sob o nº 867.063.142, 34

do sinistro de SEGURO coberto INVALIDEZ da Vítima MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

inscrito (a) no CPF sob o nº 867.063.142, 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recurso inferior

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de veracidade junto a Superintendência Líder-SUSEP, sob o endereço eletrônico, assinando a cópia do comprovante de entrega do endereço eletrônico. Estou ciente de que o falsidade do presente documento implicará no crime penal previsto no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>AV. BENTO BRASIL</u>		
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>
E-mail:	<u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>		
Município:	<u>RR</u>	UF:	<u>RR</u>
CEP:	<u>69.301-050</u>		
Telefone:	<u>(95) 98148-5200</u>		

Local e Data: BOA VISTA - RR, 29 DE SETEMBRO DE 2020

João Alves Barbosa Filho  
Assinatura do Declarante



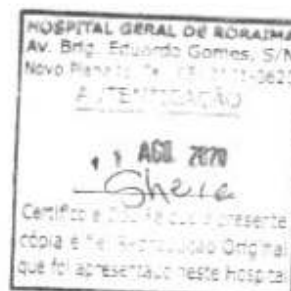


ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

*Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro **MARCELO GUIMARAES DOS SANTOS CASTRO** retifica-se **MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO**, deu entrada Grande Trauma Francisco Elesbão (GT), no dia **16/02/2020** às **16 horas e 18 min**, por motivo de **(ATROPELAMENTO)**, recebendo os cuidados da equipe de plantão.*

Boa Vista-RR, 27 de Agosto de 2020.



Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes – 3308, aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista - Roraima – Brasil  
(095) 2121 0636  
E-mail: samehgr2018@gmail.com

GER. NÚCLEO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA



16/02/2020

... Guia de Atendimento 17 ...



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.

visto  
ve  
fama

2001221049 16/02/2020 16:18:28 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 32

Paciente **MARCELO GUIMARAES DOS SANTOS** Data Nascimento **27/05/1976** Idade **43 A 8 M 20 D** CNS CPF Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **NAO INFORMADO** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade Nacionalidade **BRASILEIRA**

Mãe **NI** Contato

Endereço **RUA - NAO INFORMADO - SN - - BOA VISTA - RR** Ocupação

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

Motivo do Atendimento **ATROPELAMENTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **RESGATE** Procedimento Sol. Registrado por: **SOUSA**

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

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

VITIMA DE ATROPELAMENTO COM  
TRAUMA M.I.D.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

DIPLOMA LG IV  
TUBO 40 MG IV

Ortopedia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308  
Novo Planalto - RR - 69200-000  
16/02/2020  
Sousa  
Certifico que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_  
foi atendido(a) no Hospital  
que foi a presença do teste Hospital

Conduta

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

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

óbito

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

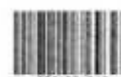
Dr. Jorge Barreto Freitas

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa  
Data Hora: 16/02/2020 16:23:30

2001221049



2001221049



10/02/2020

Tam real

MARCELO GUIMARAES CASTRO 2251  
HOSPITAL CORONEL MOTA

27/02/2020

Tam real

Vilson



## Laudos Médicos

Marcelo Guimarães dos Santos Loto RG 221840  
SSP-RR conforme BO 33406/2020 DP OS Linc-RR e Ficha de atendimento  
2003221049 P.S. Francisco Chabás com fratura de Calcâneo, dgo,  
tornozelo direito. Foi realizado tratamento com tala gessada.  
Após alta médica permanecendo apresentando edema  
de tornozelo direito, limitação para flexão e/ou extensão  
("pé congelado"), comprometendo a marcha e mobilidade  
com membro inferior direito.

Conclusão: Lesão funcional permanente  
de membro inferior direito.

Boa Vista, 03/11/2020

  
Francisco Ferreira Farias Junior  
Médico Legista  
CRM 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

30/01/2017

16/11/1978

TELVIA SANTIAGO GUEDES

EDNILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

SANTARÉM - PA

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

739.248.866-91 AMADEU ROCHA TRIANI

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 2008/03

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Carteira de Identidade

Polegar Direito

Amadeu Rocha Triani

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **221840** DATA DE EXPEDIÇÃO: **20/08/2020**

Nome: **MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO**

PRIMAÇÃO: **ALCIDES SARMENTO DE CASTRO**

IZABEL DA GAMA GUIMARÃES

NATURALIDADE: **BOA VISTA - RR**

DOC ORIGEM: **CERTO NASC 183 FLS 273 LIV A-12**

1º OF BOA VISTA-RR

CPF: **867.063.142-34** PIS/PASEP: **ANADEU ROCHA TRIANI**

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO: **27/05/1975**

LEI Nº 7.116 DE 28/06/03

PROIBIDO PERSIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

*Marcelo Guimarães de Castro*

CARTeira DE IDENTIDADE





**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

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

Número do Sinistro: 3200364875

Nome do(a) Examinado(a): MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Custódio de Andrade, 655, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 221840

Data e local do acidente: 16/02/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 25/11/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Vítima de atropelamento por carro com fratura bimalleolar- Tornozelo D

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

Vítima fez tratamento conservador com imobilização gessada, não conseguiu fazer fisioterapia, alta em outubro

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

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Tornozelo D: pseudoartrose com limitação dos movimentos de flexão/extensão/lateralização + atrofia em panturrilha+ alteração da marcha e não consegue realizar agachamento - deambula com apoio de muletas

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 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"

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

  
Dra. Regina Claudia Rodrigues Mendes Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288213/20

**Vítima:** MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

**CPF:** 867.063.142-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2020

**Titular do CPF:** MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

#### MARCELO GUIMARAES DE CASTRO : 867.063.142-34

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: 09/10/2020  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:**, MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO, Brasileiro, Solteiro, inscrito no CPF: nº 867.063.142-34 , residente na Rua: Francisco Custódio de Andrade, nº 655, Bairro: Asa Branca, Boa Vista -RR , Cep nº 69.312-258, Telefone (95) 99339-8455.

**VITIMA:** MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO CPF: 867.063.142-34 DATA DO SINISTRO: 16/02/2020

**NATUREZA:** INVALIDEZ

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

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

Boa Vista, RR, 24 DE AGOSTO DE 2020.



*Marcelo Guimarães de Castro*  
*Marcelo Guimarães de Castro*  
**MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO**



*Thara Carvalho*  
**Thara Carvalho**  
Barbosa dos Santos  
Escrevente Autorizada

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288213/20

**Número do Sinistro:** 3200364875

**Vítima:** MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

**CPF:** 867.063.142-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2020

**Titular do CPF:** MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

### 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: 06/11/2020  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

