

**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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>					
<b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6					
<b>Seq.</b>	<b>Data</b>	<b>Evento</b>	<b>Movimentado Por</b>		
[ <input type="checkbox"/> ]	6 22/01/2021 17:06:00	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2777334CONTESTACAO01.pdf	Público
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2777334CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	16/12/2020 15:01:16	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	16/12/2020 15:01:16	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	16/12/2020 15:01:16	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	16/12/2020 15:01:16	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
[ <input type="checkbox"/> ]	1 16/12/2020 15:01:15	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	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





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:

Boletim de ocorrência	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



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. 0191301914 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16335367

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, 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

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, retorno 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



## 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:

867.063.142-34

4 - Nome completo da vítima:

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:

60.312-258

15 - E-mail:

CONFIANCACSTRO@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(65) 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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 21383

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO  
MINHA QUINTA  
PROCURADOR(A)



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 N°: 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

UF: RR

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CAUAME

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

**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, N°: 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 POLICIA  
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  
PÓLICIA 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

UF: RR

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CAUAMÉ

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

**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 PÓR 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 POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO  
COMUNICANTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIOR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA 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

UF: RR

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CAUAMÉ

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

**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 PÓR 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 POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO  
COMUNICANTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA  
APC  
MATRÍCULA: 42000757  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIOR



## 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:

867.063.142-34

4 - Nome completo da vítima:

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:

60.312-258

15 - E-mail:

CONFIANCACSTRO@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(65) 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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 21383

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que 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 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(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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO  
Minha firma  
PROCURADOR(A)

# ITAU - 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





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

### 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

1260553

MÊS

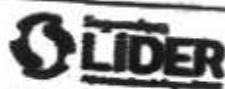
08/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 149,26

836600000019.492600750003.000000001263.055308200058





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

**Para mais esclarecimentos, entrar em contato com o Conselho de Contabilidade dos Estados Unidos (AICPA) ou o Conselho de Administração Financeira e Contábil da Fazenda Federal (Cafef), de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, pelo telefone (61) 3222-2200 / Consultoria contábil: (61) 3222-2200**

#### **Microangiitis syndrome**

O preenchimento deste formulário é passo importante do processo de licitação de sistema, conforme estabelecido a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

A Circular SUESP nº 445/22, que trata da presunção à inocência do detento no sistema prisional, determina que todos os Segurança Civil eletrônico a constituir coletivo das pessoas consideradas no processo de Individualização. Este coletivo deve constar, além das informações de identificação pessoal, informações sobre o profissional e as fatias de renda mensal, além da comprovação de que não possui débitos.

A receção das informações de profissionais e autoridades da área de saúde é fundamental para o sucesso do projeto e a implementação da estratégia Criança, este projeto é possível de concretização no CDS".

Pelo espesso, co TELVIA SANTIAGO GUEDES

**Inscrição (nº no CRF/CONCE)** 739.248.066 93

Die Qualität des Prozessors (4) / Intensivität und die Anzahl der Prozessoren

MARCELO GUILMARAÉS DE CASTRO

do ministro de ESPORT cabral INVALIDEZ MARCELO GOIMARÉS DE SOUZA

Declaro Profissão: 867.063-142 34, conforme determinação da Circular Semp 465/72.

[Receber Informações](#)  [Enviar para o meu e-mail](#)

Destina ainda, 200 os pesos da lei a parte final de prazo de validade Junes a Superiores Municípios, assim, no entanto, obstante, respeitando o capitulo de competencia de modificacao do ente que lhe confere.

**Endereço:** AV. BENTO BRASIL  
**Bairro:** CENTRO **Cidade:** BOA VISTA  
**E-mail:** CONFIANCA(C5TE) HOTMAIL.COM **CEP:** 69.301-050  
**DDD:** (95) 98148-5200

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

#### Auswertung des Dokuments

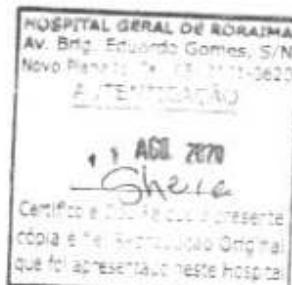


ESTADO DE RORAIMA  
'AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS'

## 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.



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

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

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

VISTO  
...  
...  
...

200121049	16/02/2020 16:18:28	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	32		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MARCELO GUIMARAES DOS SANTOS		27/05/1976	43 A 8 M 20 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe				M	NAO	PARDA		BRASILEIRA
NI					INFORMADO		Contato	
Endereço					NI			Ocupação
RUA - NAO INFORMADO - SN -- BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ATROPELAMENTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	RESGATE						SOUSA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b> TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Vítima de ATROPELAMENTO com traumas m/ida							
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-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				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
DIPLOMA 6g IV TICAM 40mg IV Ortopedia				HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Novo Flamingo - CEP: 69200-000 Data: 20/02/2021 Assinatura: Freitas Certifico que o paciente acima mencionado é portador de copia de documento de identidade que foi apresentado neste Hospital				
Conduta								
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / / /							
Óbito								
Antes do 1 <sup>º</sup> Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	Dr. Jorge Batista Freitas CRM: 10399 Carimbo e Assinatura do Médico						
Assinatura do Paciente ou Responsável								

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

1200 - Arquivo de Documentos  
01 - Arquivado por Sistema  
02 - 4232-0136-02



200121049



1/02/2020

Tam real

MARCELO GUIMARAES CASTRO

2251

HOSPITAL CORONEL MOTA



27/02/2020

Tam real

Vilson



Bando Médico

Marcelo Fumareão dos Santos Lusto RG 221840

SSP-RR conforme BO 33406/2020 DP OR Uni-RR e Fiche de atendimento

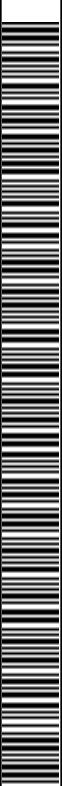
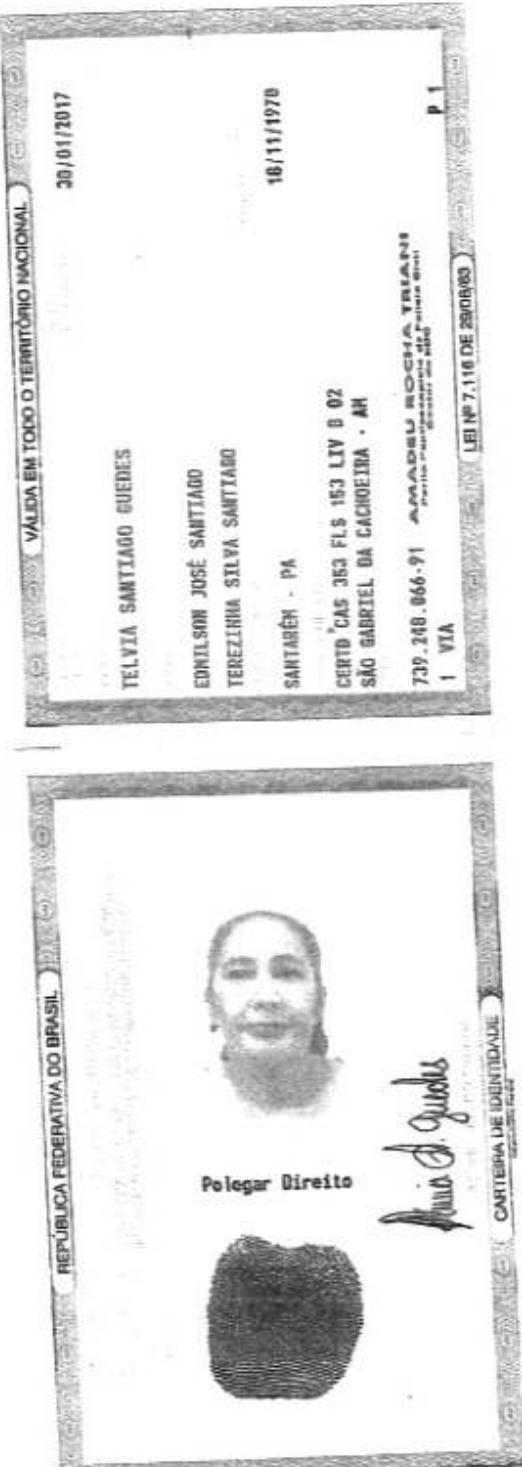
2003221049 P.S. Francisco Gobbi com fratura do calcâo, tigo, tornozelos direitos. Foi realizados tratamentos com hilo gessado.

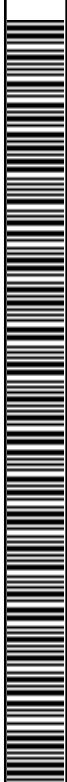
Após alta médica permanecendo apresente edema de tornozelos direitos, limitação para flexões e/ou extensões ("pé envelhecido"), comprometendo a marcha e mobilidade com membro inferior direito.

Conclusão: Se quele fumareão permanente de membro inferior direito.

Boa Justa, 03/11/2020

Francisco Ferreira Farias Júnior  
Médico Legista  
CRM 365-RR







## 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.

[Vitima de atropelamento por carro com fratura bimaleolar- Tornozelo D](#)

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

[Vitima 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 atrofias 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 ás regiões corporais acometidas.

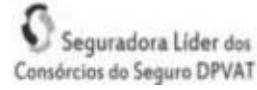
Membro Inferior Direto - Médio - 50%

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

  
Dra. Regina Oliveira Mendes Almeida  
Médica do Trabalho  
CRMRR 1032  
RQE: 177



## RECEBIMENTO 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

#### TELVIA 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) 98118-8455.

**VITIMA:** MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO CPF: 867.063.142-34 **DATA DO SINISTRO:** 16/10/2020

**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 crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, RR, 24 DE AGOSTO DE 2020.



*Marcelo guimaraes de castro*  
*Marcelo guimaraes de castro*  
**MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO**



## 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