

**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:**  
**2969021520210203174750**

**Processo 0832547-19.2020.8.23.0010** - (43 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 11783 - Citação

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"/>					
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
10	03/02/2021 17:47:50	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		10.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778315JUNTADADEDOCS01.pdf	Público
		10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778315JUNTADADEDOCSAnexo02.pdf	Público
9	20/01/2021 17:06:35	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778315CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
8	11/01/2021 12:36:20	<b>CONCLUSOS PARA DESPACHO</b> Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA		VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA	
7	07/01/2021 00:10:57	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>		Analista Judiciário	
6	07/01/2021 00:10:57	<b>REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA</b> 4ª Vara Cível		SISTEMA CNJ	
5	07/01/2021 00:10:57	<b>MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA</b> <b>PROCEDIMENTO ORDINÁRIO</b>		Glayson Alves da Silva	
4	22/12/2020 16:43:41	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Redistribuição		Distribuidor	
3	22/12/2020 15:38:47	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>		Glayson Alves da Silva	
2	22/12/2020 15:38:47	<b>DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA</b> Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA		Distribuidor	
1	22/12/2020 15:38:46	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>		ETHIANE DE SOUZA CHAGAS Analista Judiciária	
				SISTEMA CNJ	
				Thiago Amorim Dos Santos Advogado	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08325471920208230010**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE FERRARI**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., juntar o processo administrativo do caso em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 1 de fevereiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/RR 451-A**

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

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, 23 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335602**

**Vítima:** JOSE FERRARI

**Data do Acidente:** 09/02/2019

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE FERRARI**

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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.

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, 23 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335602**      **Vítima: JOSE FERRARI**

**Data do Acidente: 09/02/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), JOSE FERRARI**

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.**

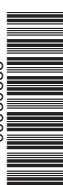
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 05 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335602**

**Vítima:** JOSE FERRARI

**Data do Acidente:** 09/02/2019

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE FERRARI**

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

Documentação médica-hospitalar

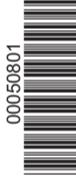
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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 Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190335602**

**Vítima: JOSE FERRARI**

**Data do Acidente: 09/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE FERRARI**

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



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, 09 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335602      Vítima: JOSE FERRARI**

**Data do Acidente: 09/02/2019      Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE FERRARI**

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: JOSE FERRARI**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003027**

**Conta: 0000021575-6**

**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:  DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do anexo da ASL:

CPF da vítima:

**239.923.442-15 José Ferrari**

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

**José Ferrari**

Profissão:

**Custonero**

Endereço:

**Rua: Devaldo da Conceição Gutierrez 911**

Estado:

Cidade:

**Roraima Boa Vista RR 65.316-74**

UF:

CEP:

**(55) 63154-4282**

E-mail:

**ILOI PPP@HOTMAIL.COM**

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR. | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (conta para os bancos atuais. Assinale uma opção)

- Bradesco (207)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Banco de fidelidade)

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

AGÊNCIA:

**3027**

CONTA:

**24575 6**

(Informar o dígito de conta)

(Informar o dígito de conta)

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito de conta)

(Informar o dígito de conta)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a)  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (na morte)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 290 do Código Penal.

Local e Data: <b>Boa Vista - RR, 20/03/19</b>
Nome: <b>José Ferrari</b>
CPF: <b>239.923.442-15</b>

**Yoeni Lucas**  
 Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

**21 MAIO 2019**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RENO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do (seu) teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006173/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/03/2019 11:18 Data/Hora Fim: 14/03/2019 11:36  
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/03/2019  
Delegado de Policia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/02/2019 04:00

Local do Fato

Município: Cantá (RR)

Logradouro: Vicinal 21

Complemento: Conhecida como Pau Brasil

Ponto de Referência: Vila São José (KM 20)

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: JOSÉ FERRARI (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MT - Cáceres Sexo: Masculino Nasc: 21/06/1967  
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Zelita dos Santos Ferrari Nome do Pai: Getúlio Ferrari

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 65514

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 239.923.442-15

Endereço

Município: Cantá - RR

Logradouro: Vila São José

Complemento: Chácara

Telefone: (95) 99121-4417 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 701.376.172-91	Placa NAN-9997
Renavam 00227061128	Número do Motor E3C8E-069372
Número do Chassi 9C6KE1200A0069357	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor ROXA	UF Veículo Roraima
Município Veiculo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED	Veiculo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Ferrari	Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006173/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui CNH, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, dia e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também já descrita acima e que está no nome de Rony Silva Pereira, CPF 701.376.172-91. Que colidiu em porco que estava no meio da estrada e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo até o HGR. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

DAT

14 MAR 2019

Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Aprendizado

José Ferrari

(Vítima / Comunicante)

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

21 MAIO 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do anexo da ASL:

CPF da vítima:

**239.923.442-15 José Ferrari**

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

**José Ferrari**

Profissão:

**Custonero**

Endereço:

**Rua: Devaldo da Conceição Gutiérrez 911**

Estado:

**Rondônia**

Cidade:

**Bonfim**

UF:

**RR**

E-mail:

**1101222@hotmail.com**

Número: Complemento:

**(55) 63154-4282**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado; conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR. | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (conta para os bancos atuais. Assinale uma opção)

- Bradesco (207)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Banco de fidelidade)

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

AGÊNCIA:

**3027**

CONTA:

**24575 6**

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (nascido)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 290 do Código Penal.

Local e Data: <b>Bonfim - RR, 20/03/19</b>
Nome: <b>José Ferrari</b>
CPF: <b>239.923.442-15</b>

(\*) Assinatura de quem assina A RG/CC

**Yoeni Ferrari**

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

**21 MAIO 2019**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RENO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do (seu) teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.:

Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul. Ass:

Verde  
Amarelo  
Laranja  
Azul

1901070606	09/02/2019 17:13:49	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO	07-19	33
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
<b>JOSE FERRARI</b>		21/06/1967	51 A 7 M 18 D		23992344215	00002182	
Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade			
Identidade 65514	SSP/RR	14/10/2004	M	PARDA	CACERES - MT	BRASILEIRA	
Mãe	Pai	Contato		Ocupação			
<b>ZELITA DOS SANTOS FERRARI</b>	<b>GETULIO FERRARI</b>	<b>(95) 99118-2528</b>		<b>NÃO INFORMADA</b>			
Endereço							
<b>RUA - ANTONIO PINHEIRO FILHO - 1445 - CARANA - BOA VISTA - RR</b>							

Class. de Risco	Polo Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>				Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>				<b>JACKSON.SADOVSKI</b>

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Don no penne

Anamnese de Enfermagem  
115

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11:30 h) Paciente, vítima de queijo que manteve 6h, proveniente de Cato, referidos a MIE. Naus e vômitos e contatos quentes.

Exame Físico  
D86, b76, A421, Lorislo, HidroTecnic, Bupredox, em  
M10 mobilizado com falso

**Hipótese Diagnóstica**

Fro Tens

SADT - Exames Complementares

RÁDIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

<b>Conduta</b>	<input 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 Revelia	<input type="checkbox"/> Infermaria
	<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedião</u>	Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomopatológica

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: Jackson.sadovski  
Data Hora: 09/02/2019 17:23:25

21 MAI 2019

21 MAIO 2019



Ortopedica Dr. jorwthas

Paulo S de 8 anos de idade, V. brmz da  
Böhmer, gpos fruta de moto, paulo refere  
perda de consciencia

eff dos + Edema Perna (S)

Radiografia: Fratura diafragma lombar (S) Cefalica (S)

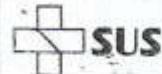
H.O. Fratura diafragma lombar (S)

Obs: Pergunte los analgesicos + morfina + tranquilizantes

Peterson no G. P. Perna maltares + cinturón

T.C. lores ??.

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RJ



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H-G.R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Oligoedéia

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Ferrari

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2182

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

|||||

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/06/1677

9 - SEXO

mas.

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Zuelita dos Santos Ferrari

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Antonio Pinheiro Filho, 1445, Carano

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RRT

### 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente ♂ de 51 anos de idade com 110cm  
de altura. Peso 60kg. Apresenta febre de malas

21 MAIO 2019

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

### 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internacionar

BR

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

História + Exame Físico + Radiografia

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Ossíficeum Tibial (E)

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internar

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

### 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS

( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

D. Jonathas

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/02/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL)

Dr. Odair da Oliveira  
Médico Residente  
Oncologista Traumatologista  
CRM: 1461/RIO

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

38 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

6927 T068

6927 T068

201-2

VJ

OK.

201-2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	José Ferraz Fratura diafragma laringe (E)		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA 09/02/19
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE para diabéticos		
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H suspensão		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	Metformina 850mg V.O 12/12hs		
16			
17			
18			
19			
20	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

21 MAIO 2019

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1951 RR

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

As 06:00 hs suíres 300 ml  
Susana Coelho da Silva  
Terapeuta Fis.

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: JOSE FERRARI

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000021575-6

---

Nr. da Autenticação 744608BA60144C06



CPA: 0000.0000000000  
ENDEREÇO ESTADUAL: 21.000-000  
RUA RIOVIA JONAS, 215 - BLOCO F - 00000-000



0000 200 9520

Matrícula: 1026259

Fevereiro/2019

Dados do Cliente:

ZELITA DIAS DOS SANTOS

Endereço para entrega:

RUA NIVALDO DA CONCEIÇÃO GUTIERREZ, NUM.  
911 - PINTOLANDIA BOA VISTA RR 69316-74

Inscrição	Rota	Ser/Rota	Quantidade de Economias
001.021.613.0561.000	3	6871	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Águas	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201901	10-0
201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
201909	10-0
201908	10-0
MÉDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Águas Realizadas no Pedaço Distrital					
Decreto Federal N.º 5446 - 2005-G.M					
PROTEÍNA	CLORO	CARBONATO	TDS	C. TOTAL	E. C.V.L
ENQUADRE	148	148	148	148	148
PERMITIDA	153	153	153	153	153
CONFORME	153	153	153	153	153

DESCRICAÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 MB

23,83

VENCIMENTO:

15/03/2019

TOTAL A PAGAR

23,83



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1026259	02/2019	15/03/2019	23,83

82650000000-3 23830004001-7 00102625901-8 02201940003-9



21 MAIO 2019



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA

VISTA

Ligada em você

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20

### OBSERVAÇÕES

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

21 MAIO 2019

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA

VISTA

Ligada em você

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1089153

MÊS

02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 229,20

83610000022.29200075003.000000001081.915302190052



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

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/BIBLIOTECAWEB/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 José Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ferrari inscrito (a) no CPF sob o Nº 239.923.442 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Ferrari, inscrito (a) no CPF sob o Nº 239.923.442 / 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>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u> CEP <u>69 309 209</u>
E-mail <u>flavovr@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>99154-4282</u>

Boa Vista - RR , 23 de Abrial de 2019

Local e Data

21 MAIO 2019

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rony Silva Pereira,  
RG nº 191.915, data de expedição 11/06/97,  
Órgão ISP/RR, portador do CPF nº 701.376.172-91, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Vizelar Waldemar Gomes Pintofolandia nº 2335  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Ferrari, cujo o condutor era  
José Ferrari.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 ED  
Ano: 2010 / 2010  
Placa: NAN - 9997  
Chassi: 9CGKE1206A0069357  
Data do Acidente: 09/02/2019  
Local e Data: Boa Vista - RR,

  
Rony Silva Pereira  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.:

Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul. Ass:

• Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul. Azul

1901070606	09/02/2019 17:13:49	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO	07-19	33
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
<b>JOSE FERRARI</b>		21/06/1967	51 A 7 M 18 D		23992344215	00002182	
Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade			
Identidade 65514	SSP/RR	14/10/2004	M	PARDA	CACERES - MT	BRASILEIRA	
Mãe	Pai	Contato		Ocupação			
<b>ZELITA DOS SANTOS FERRARI</b>	<b>GETULIO FERRARI</b>	<b>(95) 99118-2528</b>		<b>NÃO INFORMADA</b>			
Endereço							
<b>RUA - ANTONIO PINHEIRO FILHO - 1445 - CARANA - BOA VISTA - RR</b>							

Class. de Risco	Polo Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>				Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>				<b>JACKSON.SADOVSKI</b>

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Don no penne

Anamnese de Enfermagem  
115

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11:30 h) Paciente, vítima de queijo que manteve 6h, proveniente de Cato, referidos a MIE. Naus e vômitos e contatos quentes.

Exame Físico  
D861676, A421 Lourdes, Bichos Todes, Capadócia, na  
M18 immobilizada com falso

**Hipótese Diagnóstica**

Foto Ticus

SADT - Exames Complementares

RÁDIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

**PREScrição** **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

Dininesan 29 (50) - 11:22 AM

but

<b>Conduta</b>			
<input 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 Revelia	<input type="checkbox"/> Internação		
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedia</u>	Data e Hora da Saída/Alta:	/ / : :	

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: Jackson.sadovski  
Data Hora: 09/02/2019 17:23:25

21 MAI 2019

21 MAIO 2019



Ortopedica Dr. jorwthas

Paulo S de 8 anos de idade, V. brmz da  
Böhmer, gpos fruta de moto, paulo refere  
perda de consciencia

eff dos + Edema Perna (S)

Radiografia: Fratura diafragma lombar (S) Cefalica (S)

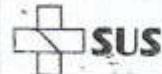
H.O. Fratura diafragma lombar (S)

Obs: Pergunte los analgesicos + morfina + tranquilizantes

Peterson no G. P. Perna maltares + cinturón

T.C. lores ??.

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RJ



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H-G.R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Oligoedéia

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Ferrari

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2182

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Zuelita dos Santos Ferrari

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/06/67

9 - SEXO

mas.

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Antonio Pinheiro Filho, 1445, Carano

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RRT

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente ♂ de 51 anos de idade com 110cm  
de altura. Peso 70kg. Apresenta febre de malas

21 MAIO 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

BR

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

História + Exame Físico + Radiografia

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Ossífemur Tibial (E)

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

D. Jonathan

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/02/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL)

Dr. Odair da Oliveira  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-1651/RIO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

6927 T068

46 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

201-2

VJ

OK.

201-2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	José Ferraz Fratura diafragma laringe (E)		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA 09/02/19
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE para diabéticos		
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H suspensão		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	Metformina 850mg V.O 12/12hs		
16			
17			
18			
19			
20	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

21 MAIO 2019

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1951 RR

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

As 06:00 hs suíres 300 ml  
Susana Coelho da Silva  
Terapeuta Fis.

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

**RECEITUÁRIO**

NOME:

*José Ferreira*

Pct deu entrada no HGR

no dia 9/2/19, Vênio 06

acebuto de trânsito. Descriu  
06 fraturas dos ossos do perno

O. Recebeu alto D/ aguarda  
programação cirúrgica em clínica.  
atualmente não está sendo realizada  
cirurgia ortopédica por falta de  
materiais

DATA 11 COD: 82.9

**ASSINATURA E CARIMBO**

*13/03/19*

Hospital Geral de Roraima

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

*21 MAIO 2019*



54.1%

9/2/2019 17:20:42

54.1%

9/2/2019 17:20:42

, JOSE FERRARI

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT-SA.

SE A SEGURADORA LÍDER TEM DUVIDAS EM RELAÇÃO AS MINHAS SEQUELAS,  
É SÓ O ENCAMINHAR PARA UMA PERÍCIA PRESENCIAL...

POIS SOMENTE POR ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL (AMD) NEM O INSS  
(INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL) CONSEGUE AVALIAR ASSIM ... POR  
ISSO ELES CHAMAM A PESSOA PARA FAZER PERÍCIA SOMENTE PRESENCIAL...

NEM O IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL) FAZ PERÍCIA SOMENTE POR (AMD)...  
SOMENTE PRESENCIAL, OU SEJA, CORPO A CORPO, VENDO A VÍTIMA!

NUNCA VÃO AVALIAR SOMENTE POR PAPEL (AMD)...

EU JÁ ENCAMINHEI À VOSSA SEGURADORA TODA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA  
EXISTENTE GERADA DO MEU ACIDENTE, TUDO O QUE EU SOLICITEI E QUE OS  
HOSPITAIS ME ENTREGARAM ESTÃO EM ANEXO!

EU SÓ DESEJO PASSAR POR UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL PARA A  
CORRETA ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE MINHAS REAIS SEQUELAS, E A VOSSA  
SEGURADORA NÃO FIQUE COM DÚVIDAS, POIS EU NÃO TENHO CONDIÇÕES  
FINANCEIRAS DE CONSEGUIR MAIS EXAMES E LAUDOS MÉDICOS!!!

NO INTUITO DE SER ATENDIDO... DESDE JÁ, AGRADEÇO!

## TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO



SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

122.95671.98-3

NÚMERO SÉRIE LNF  
2246101 0060 RR

*José Ferrari*

ASSINATURA DO TITULAR



21 MAIO 2019

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JOSÉ FERRARI

FILIAÇÃO: ZELITA DOS SANTOS FERRARI  
GETULIO FERRARI  
NASCIMENTO: 21/06/1967  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NACIONALIDADE: CACERES - MT  
DOCUMENTO: CDI - 042706 - 22/11/0004 - MD - RR

LEI N° 9.046, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 239.923.442-15

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SETE RÍAS - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 26/02/2019

ZONA:

SECÃO:

*Maria Jose Ferrari*  
MÁRIA JOSE FERRARI  
Assinatura da Titular

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

### PLAÇA

DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

### NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

### NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

### NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

A - CASAMENTO    E - DIVORÇO    F - RECONHECIMENTO DE PATERNOZ  
B - SEP. JUDICIAL    D - ADOPÇÃO    G - DATA DE NASCIMENTO  
C - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

L E G E N D A

21 MAIO 2019

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSORUE  
114807 SSD RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PLAÇA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC GATAHAB AD

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 HABILITAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JUSCELINO KUBITSCHER PEREIRA  
MILTON PRESIDENTE  
ASSINATURA DO AUTORIS

980151096

PRATICANTE: JOSÉ CARLOS RODRIGUES

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190335602      **Cidade:** Cantá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FERRARI      **Data do acidente:** 09/02/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA

**Descrição do exame físico:** APRESENTA FORÇA MOTORA DIMINUÍDA, ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM TERÇO MÉDIO DO MEMBRO COM EDEMA CRÔNICO, PSEUDOARTROSE EM TORNOZELO ESQUERDO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

**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:	3190335602
Nome do(a) Examinado(a):	JOSE FERRARI
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA NIVALDO DA CONCEIÇÃO GUTIERREZ 911 PINTOLÂNDIA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	239.923.442-15
Data e local do acidente:	09/02/2019 CANTÁ - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 31/10/2019

**Resultado da Avaliação Médica**

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/ANIMAIS COM CONSEQUENTE FRATURA DO MIE: TÍBIA E FÍBULA

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESELLA POR 04 MESES, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM AGOSTO DE 2019

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

MIE: ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM TERÇO MÉDIO DO MEMBRO + EDEMA CRÔNICO, PSEUDO ARTROSE EM TORNOZELO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO

**IV) Nexo de causalidade: 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 a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

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

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO-FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

**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"

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

**Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**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 a valoração do dano corporal.



Dra. Regina Cláudia Reboucas MenDES AlHO  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170430/19

Número do Sinistro: 3190335602

Vítima: JOSE FERRARI

Data do acidente: 09/02/2019

CPF: 239.923.442-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FERRARI

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-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: 23/10/2019  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

---

ILOIR INACIO DE SOUZA

---

MANOEL COELHO NETO