Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 295322062021011511021 5

Processo 0832390-46.2020.8.23.0010 ☆ - (26 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais | **Informações Adicionais** | **Partes** | **Movimentações** | **Apensamentos (0)** | **Vínculos (0)**

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à

Descrição:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6 — 500 por pág. — 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
⊟ 6	15/01/2021 11:02:15	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO**	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778345CONTESTACAO01.pdf	Público
6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778345CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	19/12/2020 16:39:01	**CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL**	SISTEMA CNJ
4	19/12/2020 16:39:01	**RECEBIDOS OS AUTOS**	SISTEMA CNJ
3	19/12/2020 16:39:01	**REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR** Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	19/12/2020 16:39:01	**DISTRIBUÍDO POR SORTEIO** 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
⊞ 1	19/12/2020 16:39:01	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL**	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS **Advogado**

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08323904620208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **RODRIGO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/10/2021**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 12/12/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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

DO DESINTERESSE NA REALIAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[1].

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

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

[1]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral[2].

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima[3].

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

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> **Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**
>
> **Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[4].

---

[2] RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[3] **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

[4] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[5]

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ,

---

[5] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
BOA VISTA, 13 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RODRIGO DE OLIVEIRA**, em curso perante **a 2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08323904620208230010.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200012566

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

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

Pag. 00739/00740 - carta_01 - INVALIDEZ
00050370

Carta nº 15355497

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200012566

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/10/2019, emitido pelo Dr. FERNANDO REZENDE CRM nº 2007 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01559/01560 - carta_31 - INVALIDEZ
00070780

Carta nº 15370097

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	023.696.372-42	Rodrigo de Oliveira Ferreira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
Rodrigo de Oliveira Ferreira			023.696.372-42
7 - Profissão:	**8 - Endereço:**	**9 - Número:**	**10 - Complemento:**
Desempregado	Rua - Mestre Albano	3263	
11 - Bairro:	**12 - Cidade:**	**13 - Estado:**	**14 - CEP:**
Asa Branca	Boa Vista	RR	69.312-298
15 - E-mail:			**16 - Tel.(DDD):**
Recuso			(95) 98122-7434

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3027 ☐ CONTA: 00069866 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 08/01/20

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Rodrigo de O. Ferreira

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA
5067 2252 0364 0844
5067
VÁLIDO ATÉ
04/24
RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA
3027 013 00069866-8
elo

541284

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044400/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/12/2019 10:10 Data/Hora Fim: 12/12/2019 10:37
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/10/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Santa Tereza
Logradouro: Rua: Tambaqui

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. 303, § 1° DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 20/04/1999
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosalva Spusa de Oliveira Nome do Pai: Nilsomar Ferreira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 023.696.372-42

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Mestre Albano Nº: 3263
Complemento: Casa
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99147-3261 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 775.140.092-72
Renavam 01137372866
Número do Chassi 9C2JC4830JR001718
Cor LARANJA
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NUH-9507
Número do Motor JC48E3J001722
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
UF Veículo Roraima

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044400/2019

Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125
Modelo HONDA/BIZ 125
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Rodrigo de Oliveira Ferreira	Possuidor

Grupo Veículo
Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 072.273.004-71
Placa NAY-6129
Renavam 00596321961
Número do Motor 327A0111749759
Número do Chassi 9BD197132E3145486
Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Número da Carroceria 72459316
Cor VERMELHA
UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4
Modelo FIAT/SIENA ATTRACTIV 1.4
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que diz ser habilitado, mas não apresentou, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme, hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome de LEILA MICHELLY RODRIGUES. Que ao ultrapassar um veículo que estava trafegando em sua frente, outro veículo (PLACAS NAY-6129), devidamente descrito acima, que trafegava também na frente de ambos, freou bruscamente e sem motivo, onde o comunicante não conseguiu frear e nem desviar sua motocicleta, vindo a colidir na traseira do mesmo. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo SAMU até o HGR. Que o veículo de placas NAY-6129, não permaneceu no local. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT
AGENTE DE POLÍCIA

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Rodrigo De O. Ferreira

Rodrigo de Oliveira Ferreira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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

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 ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	023.696.372-42	Rodrigo de Oliveira Ferreira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rodrigo de Oliveira Ferreira

6 - CPF: 023.696.372-42

7 - Profissão: Desempregado

8 - Endereço: Rua Mestre Raimundo

9 - Número: 3263

10 - Complemento:

11 - Bairro: Nsa Senhora

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.312-258

15 - E-mail: Rcosser

16 - Tel.(DDD): (95) 98122-7434

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$7.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para bancos listados. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 ☐ (Informar dígito, se houver) CONTA: 00069866 8 (Informar dígito, se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Demais bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar dígito, se houver) CONTA: ☐ ☐ (Informar 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, responsabilizando-me por dar ciência 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 encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, conforme acima, desde já, ciente de submeter à análise médica presencial, caso necessário, às lesões da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causador 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 - Grau de Parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 28 - Vítima deixou conjuge (viúvo(a))? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Vítima deixou pais? ☐ Sim ☐ Não | 30 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 31 - Vítima deixou pais/dependentes? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder negará, com decisão, a indenização do seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, cabendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

32 - Assinatura (conforme documento de identidade)

33 - 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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 08/09/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO Nº 2039 : -

PREFEITURA BOA VISTA

SAMU 192

UNIDADE: Bravo 1 EQUIPE: Téc: Taciana
cond: Odiles.

Paciente: Rodrigo de Oliveira Ferreira Idade: 20 Sexo: MASC.

Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [X] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: Rua Tauabaquí Bairro

Nº 17994	DATA 19/10/2019	HORA J/9: 12:23	BASE ( ) VIA ( )	( ) RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): Drª Erika		HORA J/10: 12:25		( ) CELULAR

MOTIVO INICIAL: Corpo x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X] | 1 a 3 horas ( ) | 4 a 24 horas ( ) | Mais de 24 horas ( ) | Não sabe ( )

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- [X] Acidente de trânsito
- [ ] Agressão física / espancamento
- [ ] Agressão física – FAF
- [ ] Agressão física – FAB
- [ ] Urgência psiquiátrica
- [ ] Tentativa de suicídio
- [ ] Envenenamento
- [ ] Afogamento
- [ ] Queimadura
- [ ] Choque elétrico
- [ ] Queda
- [ ] Urgência clínica
- [ ] Urgência obstétrica
- [ ] Transferência
- [ ] Exame complementar
- [ ] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
[ ] Pedestre	[ ] A pé	[X] Automóvel	[X] Capacete
[X] Condutor	[ ] Automóvel	[ ] Motocicleta	[ ] Cinto de segurança
[ ] Passageiro	[ ] Ônibus	[ ] Ônibus	[ ] Airbag
[ ] Ignorado	[X] Motocicleta	[ ] Micro-ônibus	[ ] Assento para criança
	[ ] Micro-ônibus	[ ] Bicicleta	
	[ ] Bicicleta	[ ] Animal	
	[ ] Outro	[ ] Outro	

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
[X] Livre	[ ] Apnéia	[ ] Bradicardico	[ ] Miose
[ ] Obstrução Parcial	[ ] Dispnéia	[X] Taquicardico	[ ] Midríase
[ ] Obstrução Total	[ ] Bradpnéia	[ ] Enchimento capilar acima de 2"	[ ] Anisocoria [ ]D [ ]E
[ ] Corpo estranho	[ ] Taquipnéia	[ ] Pulso radial ausente	[ ] Aparentemente Alcoolizado
[ ] Outro:		[ ] Pulso central ausente	[X] Agitação psicomotora
		[ ] Cianose central [X] Extremidade	

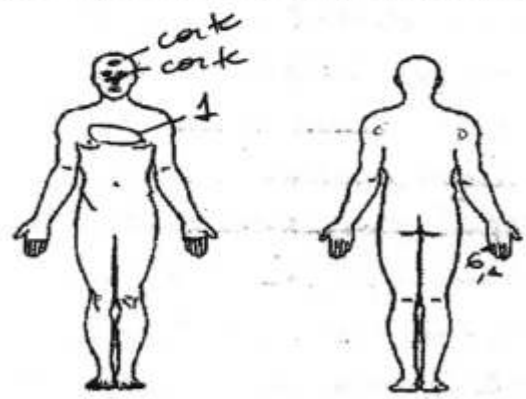
SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 12:39	130/80	102	20	97		—		15
Fim 12:55		94		98				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

1 – Dor
2 – Hematoma
3 – Contusão
4 – Escoriação
5 – Laceração
6 – Luxação
7 – Fratura fechada
8 – Fratura exposta
9 – Amputação
10 – Evisceração
11 – Afundamento de crânio
12 – Ferimento penetrante
13 – Tórax instável
14 – Enfisema subcutâneo
15 – Ferida aspirativa
16 – Empalamento
17 - Outros



ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea
3 – Ao comando
2 – À dor
1 – Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

5 – Orientado
4 – Confuso
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece a comandos
5 – Localiza a dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal
1 – Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- [X] Ritmo Sinusal
- [ ] Taquicardia Sinusal
- [ ] Flutter Atrial
- [ ] Fibrilação atrial
- [ ] FV
- [ ] TV
- [ ] AESP
- [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- [ ] Neurológica
- [ ] Respiratória
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Digestiva
- [ ] Metabólica
- [ ] Infecciosa
- [ ]

HISTÓRIA PEGRESSA

- [ ] Diabetes
- [ ] Cardiopatia
- [ ] HAS Nega
- [ ] Alergias
- [ ] Outros Nega
- [X] Medicação de uso Nega

GRAVIDADE COMPROVADA: [X] Ileso [X] Pequena [X] Média [X] Severa [X] Óbito

Marcos Shimiti
Médico
CRM-RR 2042

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01/11/19

INCIDENTES
- [ ] Cancelamento
- [X] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização
- [ ] Não se encontrava no local

MEIOS ACIONADOS
- [ ] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] SMTRAN
- [ ] Bombeiro
- [ ] Outros: Stephanie

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

9911-3338

PERTENCE DO PACIENTE	
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:

TERMO DE RECUSA	
	Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ **RG:** _____
	TESTEMUNHA 02: _____ **RG:** _____

GESTANTE		
Idade Gestacional:	[ ] Movimentos fetais presentes	[ ] Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	[ ] Contrações entre 3-5 min.	[ ] Com cartão da gestante
BCF:	[ ] Contrações com duração > 30s	[ ] Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
[ ] Aspiração	[ ] Máscara laríngea	[x] Monitorização cardíaca	[ ] Imobilização de fraturas
[ ] Cânula de Guegel	[ ] Guia de introdução Bougie	[x] Colar cervical	[x] Curativos
[ ] Cateter nasal: ___ L/min	[ ] Cricotireostomia cirúrgica	[ ] Headblock	[ ] Parto vaginal
[ ] Máscara facial: ___ L/min	[x] Oximetria	[ ] Prancha longa	[ ] Cesárea de emergência
[ ] Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	[ ] Dreno de tórax	[ ] Tirantes	[ ] Imobilização de luxação
[ ] Intubação orotraqueal	[ ] Descompressão torácica	[ ] KED	[ ] Outros:
[x] Acesso venoso Gelco nº_____	[x] Acesso venoso Scalp nº_____	[x] Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Gases	01						
Ataduras	01						
luva a	07 par						
luva de vinil p	02						

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Às 12:23 equipe foi acionada para atender uma ocorrencia de natureza Traumática (carro x moto) no local encontramos a vitima em decubito dorsal ao solo consciente, orientado, acompanhado de populares, na avaliação primaria com atenção na cervical, na secundária constatado lesões já citado na figura, sinais vitais dentro dos padrões normais comunicado ao médico regulador, o mesmo tomou conhecimento do quadro clinico da vitima e autorizou encaminhar ao GT/HGR.

Tacimar da Silva Pereira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 000637.812

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01 11 19
Stephanie

Assinatura e carimbo do profissional

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO: 0023025-1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 4106901

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 366/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (prioridade pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002). FCAM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	231	208,38

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA — CPF: 00002369637242
R. MESTRE ALBANO 3263 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-298 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	21329
Anterior:	20994
Dias de consumo:	30
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	231
Consumo Faturado:	231

DATAS DA LEITURA

Atual:	25/11/2019
Anterior:	25/10/2019
Próxima leitura:	25/12/2019
Emissão:	28/11/2019
Apresentação:	29/11/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B.1.1.2
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BIFASICA
Número Medidor:	2003076
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	N 1522963

DESCRIÇÃO DA CONTA

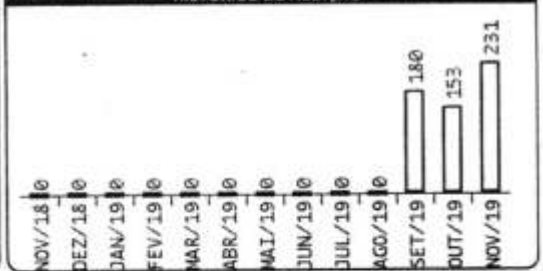
CONSUMO	231 A R$	0,768486 =	177,52
MULTA POR ATRASO DE I 10/19-00			0,82
JUROS DE MORA POR ATR 10/19-00			0,07
MULTA POR ATRASO 10/19-00			2,33
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00			0,31
ILUMINACAO PUBLICA			27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 231 - 0,621801

Média 12 meses: 166

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATE 13.12.19 P/ NAO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATE 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUCAO ANEEL N. 2.604 DE 29.10.2019.
LIGUE 0800701 9120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabens! Ate o dia 29/11/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8325.B47D.BCDE.DE34.DF7D.7B15.00F0.BEF9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

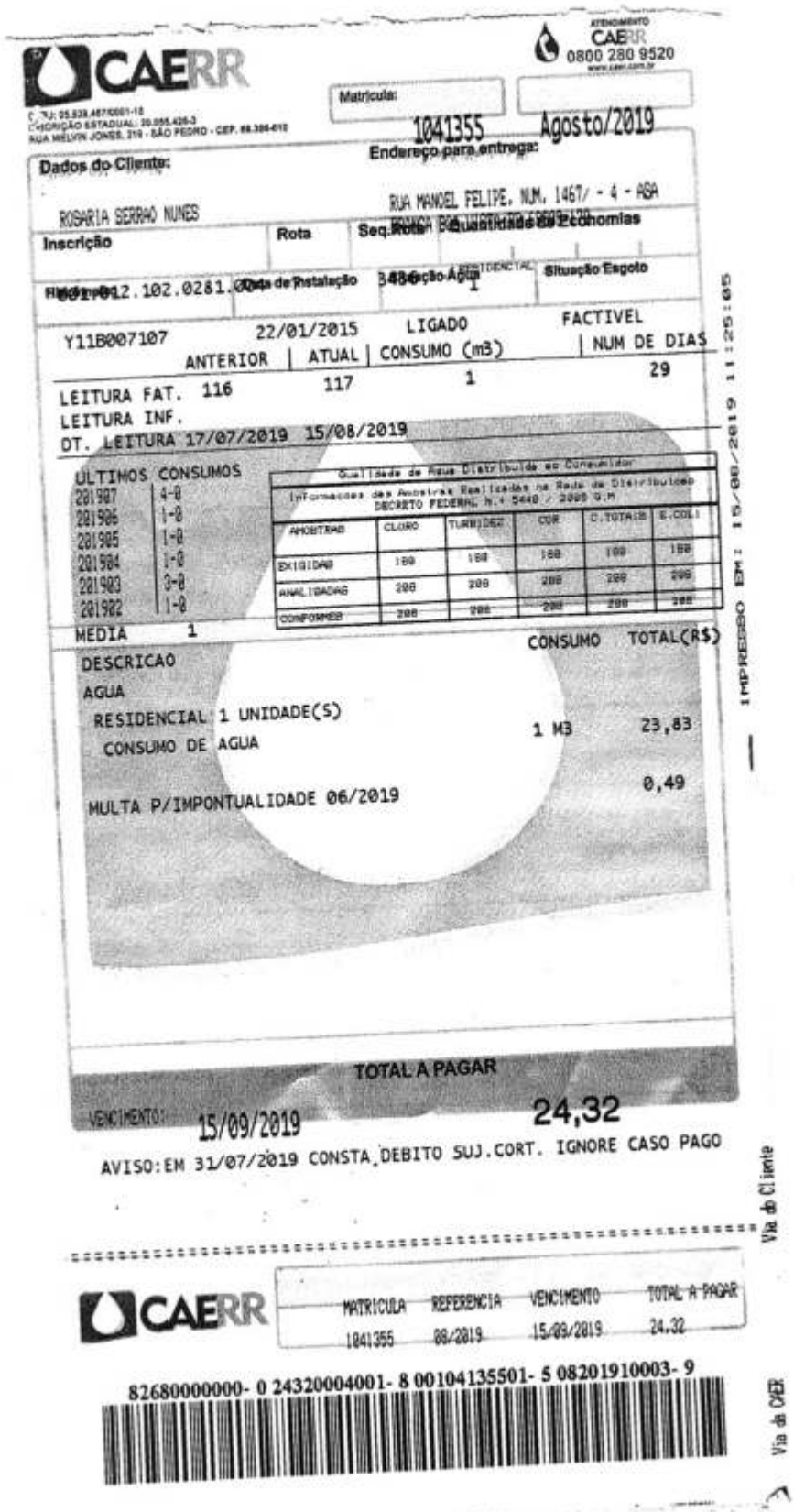
Energia:	95.99	Encargos:	5.40
Distribuição:	42.05	Tributos:	34.05
Transmissão:	0.00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:		ALÍQUOTA	VALOR
177,52	ICMS:	17.00%	30.17
	PIS:	0.37%	0.67
	COFINS:	1.08%	3.21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	



CAERR

ATENDIMENTO CAERR 0800 280 9520

CNPJ: 05.528.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
AVA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

Matrícula: 1041355

Agosto/2019

Dados do Cliente:

ROSARIA SERRAO NUNES

Endereço para entrega:

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467/ - 4 - ASA

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
[illegible]12.102.0281.0	Data de Instalação	3486 Ligação Água 1 RESIDENCIAL	Situação Esgoto

Y11B007107 22/01/2015 LIGADO FACTIVEL

	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	116	117	1	29
LEITURA INF.				
DT. LEITURA	17/07/2019	15/08/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

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

MEDIA 1

Qualidade da Agua Distribuida ao Consumidor

Informacoes das Amostras Realizadas na Rede de Distribuicao
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	180	180	180	180	180
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/09/2019 24,32

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

IMPRESSO EM: 15/08/2019 11:25:05

Via do Cliente

CAERR

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

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

Via do CAERR

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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[1] 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[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] 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 ROSANGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo de Oliveira Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.696.372 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rodrigo de Oliveira Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.696.372/42, 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		Número	Complemento
AV: MANOEL FELIPE		1467	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
ASA BRANCA	BOA VISTA	RR	69.309-170
Email	**Telefone comercial DDD**	**Telefone celular (DDD)**	
ZANZAMASSUL@HOTMAIL.COM	(95) 98122-7634	99158-4307	

Boa Vista, RR, 08 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Assinatura do Declarante

OLDRL.001 V001/2017

.... Guia de Atendimento 17 ...

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

1ª Classificação | Reclassificação ____:____ | Reclassificação
( ) Vermelho | ( ) Vermelho | ( ) Vermelho
( ) Laranja | ( ) Laranja | ( ) Laranja
( ) Amarelo | ( ) Amarelo | ( ) Amarelo
( ) Verde | ( ) Verde | ( ) Verde
( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.:

1901175774 19/10/2019 13:01:04

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente: **RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA**
Data Nascimento: **20/04/1999** Idade: **20 A 5 M 29 D**
CNS: **702805674326960** CPF: **02369637242** Prontuário:
Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo: **M** | Estado Civil: **NAO INFORMADO** | Raça/Cor: **PARDA** | Naturalidade: **BOA VISTA - RR** | Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **ROSALVA SOUSA DE OLIVEIRA**
Endereço: **RUA - MESTRE ALBANO - 3263 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR**
Contato: **(95) 98114-2205**
Ocupação:

Class. de Risco | Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** | Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: **GRANDE TRAUMA** | Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** | Procedimento Sol.
Registrado por: **ADAO**

Queixa Principal
( )Síndrome Febril ( )Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Pct com relato de acidente moto - entra evolui com dor em mão (D)

Exame Físico
A: S/ alteração C: S/ alteração E: presença fratura em 5 falange proximal (D)
B: S/ alteração D: S/ alteração BEG, AAA

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
(X) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
# Ortopedia		
RX mão (D) reivindicação RX de 5º MTC - P.		
CID: Redução + Imobilização + Alta da Ortopedia. Ao BT.		
1- Dipirona 1g EV		
2- Tilatil 40mg EV		

14:[illegible]
Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

Conduta
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( )Transferência para:
( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: __/__/____ __:__:__

óbito
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__:__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Boa Vista - Roraima
NOV 2019
Certifico que o presente documento é cópia exata do Original que foi apresentado neste Hospital

Impresso por: **adao**
Data Hora: **19/10/2019 13:02:04**

1901175774

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1947 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a C.L.T. 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.

CONFECÇÃO/GRÁFICA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 166.17241.60-7

NÚMERO: 9771219 | SÉRIE: 0040 | UF: RR

Rodrigo de Oliveira Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

IMPRESSÃO DIGITAL

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

FILIAÇÃO.....: NILSOMAR FERREIRA DA SILVA
ROSALVA SOUSA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO....: 20/04/1999 **SEXO:** MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: C. I. 4319206 25/01/2012 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 023.690.372-42 **CNH**....:

TIT. ELEITOR: **SEÇÃO**: **ZONA**:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 19/06/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE __/__/__ PARA __/__/__

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR — MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR — MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR — MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR — MOTIVO

L E G E N D A

A - CASAMENTO | B - MP | C - DIVÓRCIO | D - ADOÇÃO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA | G - DATA DE NASCIMENTO

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

NOME
ROSANGELA NUNES MASULLO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
208734 SESP RR

CPF
321.801.442-53

DATA NASCIMENTO
01/05/1972

FILIAÇÃO
GENNARO MASULLO

ROSARIA SERRAO NUNES

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06050025726

VALIDADE
22/04/2015

1ª HABILITAÇÃO
22/04/2014

OBSERVAÇÕES

Rosangela Nunes Masullo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAINA

DATA DE EMISSÃO
23/04/2014

01490231461
RR207247390

Jaqueline Quintas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR/RORAIMA

860356320

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

860356320

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013254958887

DENATRAN

CONTRAN

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
01	01137372866		2018

NOME
LEILA MICHELLY RODRIGUES
RR

CPF / CNPJ	PLACA
775.140.092-72	NUH9507

PLACA ANT. / UF	CHASSI
	9C2JC4830JR001718

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.	ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125	2017	2018

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0124CC/	PARTICU	LARANJA

IPVA

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

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
** PAGO COTA UNICA **	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
	R$0.7	R$185.5	28/01/2019

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM DE CONSÓRCIO NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAIR DA ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA *

Igo Ramos Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR

LOCAL	DATA
BOA VISTA-RR	27/02/2019

SUPERVISOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013254958887 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

775.

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

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	27/02/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	775.140.092-72	NUH9507

RENAVAM	MARCA / MODELO
01137372866	HONDA/BIZ 125

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2017		9C2JC4830JR001718

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$81.29	R$9.03	R$90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R$)
R$4.15	R$0.7	R$185.5

PAGAMENTO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
28/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

CONTRAN - DENATRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011322/20

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data do acidente: 19/10/2019

CPF: 023.696.372-42 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA : 023.696.372-42

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 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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: RODRIGO DE OLIVEIRA FEREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRA **Est. Civil:** SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO
Identidade: 4319206 **SSP**/RR **CPF:** 023.696.372-42
Endereço: Rua: MESTRE ALBANO **nº**: 3263 **Bairro**: ASA BRANCA
Cidade: BOA VISTA **UF:** RR **CEP:** 69.312-298

Vitima: RODRIGO DE OLIVEIRA FEREIRA
CPF: 023.696.372-42 **Data do sinistro:** 19/10/2019
Natureza: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

OUTORGADA

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

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

Boa Vista 12/12/2019
Local e data

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

X Rodrigo de Oliveira Ferreira
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

DANIEL AQUINO
Cartório do 3º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teive, 4867 - Asa Branca - Boa Vista - RR
Fone: (95) 3627-4000
Solicitabuscas@cartorioaquino.com.br
165051 5dfz79c4ec130
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s):
1. RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA
Em testemunho da verdade. VMDL
Da que dou fé. Boa Vista RR, 12 de dezembro de 2019
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselos.com.br
RECFIR16629607DN2K4LF6KRC10
Emolumentos:R$ 2,45 Fundos:ISS:R$ 0,45 SELO:R$ 1,50 Total:R$ 4,50
Larissa Barbosa da Silva
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011322/20

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 19/10/2019

CPF: 023.696.372-42 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA : 023.696.372-42

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 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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012566 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RODRIGO DE OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**