

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:
2964730220210129162841

Processo 0800702-32.2021.8.23.0010  - (15 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: <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																													
Filtros 																																													
Movimentado Por: <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																																													
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>																																													
Descrição: <input type="text"/>																																													
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6																																													
500 por pág.  1 <table border="1"><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td>[-]</td><td>6 29/01/2021 16:28:41</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2780401CONTESTACAO01.pdf</td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2780401CONTESTACAOAnexo02.pdf</td></tr><tr><td></td><td></td><td>6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf</td></tr><tr><td>5</td><td>13/01/2021 16:46:24</td><td>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>4</td><td>13/01/2021 16:46:24</td><td>RECEBIDOS OS AUTOS</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>3</td><td>13/01/2021 16:46:24</td><td>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>2</td><td>13/01/2021 16:46:24</td><td>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>[+]</td><td>1 13/01/2021 16:46:24</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td><td>MARLON TAVARES DANTAS Advogado</td></tr></tbody></table>						Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	[-]	6 29/01/2021 16:28:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador			6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2780401CONTESTACAO01.pdf			6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2780401CONTESTACAOAnexo02.pdf			6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf	5	13/01/2021 16:46:24	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	4	13/01/2021 16:46:24	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	3	13/01/2021 16:46:24	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	2	13/01/2021 16:46:24	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	[+]	1 13/01/2021 16:46:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																										
[-]	6 29/01/2021 16:28:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																										
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2780401CONTESTACAO01.pdf																																										
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2780401CONTESTACAOAnexo02.pdf																																										
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf																																										
5	13/01/2021 16:46:24	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ																																										
4	13/01/2021 16:46:24	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ																																										
3	13/01/2021 16:46:24	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																																										
2	13/01/2021 16:46:24	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ																																										
[+]	1 13/01/2021 16:46:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado																																										

REPU BRA ESTADO FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
195002		DATA DE EMISSÃO 15/10/2020	
JO SÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA			
N ILZA FERREIRA BARBOSA		DATA DE NASCIMENTO 10/03/1961	
COROATÁ - MA		DOC. ORIGINAIS	
CERTD CAS AVERB DIVORCIO 1191 FLS 88-V LV B-17		ITAITUBA - PA	
204.844.612-49		CHF	
AMADEU ROCHA TRIANI		PIS/PASEP: 28 VIA	
Polegar Direito		LEI N° 7.116 DE 29/08/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			


José Raimundo Ferreira Barbosa





25/09/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação	Viz CVK		
		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.			
2001270868	25/09/2020 18:29:28	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 27		
Paciente	JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA	Data Nascimento	10/03/1961	Idade	59 A 6 M 15 D	CNS	CPF	Prontuário
Sexo	M	Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Raça/Cor	PARD	Naturalidade	Nacionalidade	
Mae	NILZA FERREIRA BARBOSA	Pai	CROATTA - MA		BRASIL	Contato	Ocupação	NÃO INFORMADA
Endereço - RUA S-22 - 924 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor								
GRANDE TRAUMA								
Queixa Principal	DEG, LOTE, deambulando, dor intensa na mobilização da MSD. Sem outras lesões.							
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem Nega alergia!								
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 18 : 30 h) Paciente relata queda de moto (nega colisão com outro veículo). Refere trauma em ombro direito, com dor intensa no momento. Relata batida a rebote, mas nenhuma lesão. Nega perda de consciência, náuseas/vomitos ou ameaña.								
Exame Físico	Nega edema de membros, náuseas/vomitos ou ameaña.							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO ① Dipirona 1g <input checked="" type="checkbox"/> evora 18:30 ② Tenoxicam 40 mg <input checked="" type="checkbox"/>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
Dr. Arivaldo J. H. Pereira CRM-RR 169178 Enfermeira Geral								
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopédia							
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /							
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

CONFERE COM ORIGINAL

25/11/2020



Impresso por: marilene.silva
Data Hora: 25/09/2020 18:31:34

Educa - Sistema de Gestão
DI-Faculdade de Medicina
2022-01-07

25/09/20

Otopedé

paciente relata queda de moto
com fx da clavícula
cl: "8" gessada

Analgesic
retorno ambulatório

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Otorpede e Traumatologia
CRM-RR 2028



José Henrique Ferreira Barbosa neste dia
25.09.20 - às 16:30 Paciente idoso entrou
na unidade de Saude, consciente e deambulante
bando. Apresenta fratura na Clavícula D, esq.
concreto no ombro D. O mesmo relatou que teve
seu acidente em sua motocicleta por volta das
14.30 da tarde. Paciente foi regulado pela central
do SAMU - Médica de Plantão Kundane, no qual
foi orientado a imobilizar o membro superior
direito do paciente e encaminhado para o mesmo dia no
dia 9 Trauma do Hospital Geral. Na visita, foi
avisado pelo Dr. Arnaldo J. H. P. a, 18:30. —

Ismael Carlos da Costa Piza
Enfermeiro
COBEN-PR 000484.086





RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0102074-9

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enr Górcas, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.057.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 6277987 FCAMP

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2020	11/11/2020	1111	875,99

MARLON DANTAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA
CNPJ: 034032744000100
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 2 - LIBERDADE
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA					
Atual:	26/10/2020	Anterior:	24/09/2020	Próxima leitura:	24/11/2020
Emissão:	23/10/2020	Apresentação:	26/10/2020	Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1719802	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	6932							
Leit. Anterior	5821							
Constante	1.000							
Resíduo								
Medido	1111							
Faturado:	1111							

DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO	1111 A R\$ 0,758847 =	843,07
ILUMINACAO PÚBLICA		32,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 1111 = 0,617770

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO

1111



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTÉCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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,

Denilze Corrêa Pintas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Raimundo F. Barbosa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 204.844.612,49,

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidiz

da Vítima

Jose Raimundo F. Barbosa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 204.844.612,49, 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:	<i>Avenida General Ataíde Teixeira</i>	Número:	<u>2748</u>	Complemento:	<u>02</u>
Bairro:	<u>Aldeadale</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP:	<u>69.309.000</u>	Tel.(DDD):	<u>(65)99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 14 de Dezembro 2020

Denilze Corrêa Pintas

Assinatura do Declarante

14/12/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2020 referente a UC: 1478125



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 6558656

NEIRES CARDOSO DE CARVALHO

R. PROJETO JATOBA, ,

RURAL

69309000 VILA FELIX PINTO

RR

CÓDIGO ÚNICO 1478125	MÊS 12/2020	PERÍODO DE CONSUMO 10-NOV-20 a 10-DEC-20
CONSUMO (kWh) 167	VENCIMENTO 26-DEC-20	TOTAL A PAGAR R\$ 80,01

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1478125	MÊS 12/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 80,01
-------------------------	----------------	----------------------------

836700000000.800100750002.000000001479.812512200054





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

309.844.612-49

4 - Nome completo da vítima:

João Raimundo Ferreira Barbosa

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

5 - Nome completo:

João Raimundo Ferreira Barbosa

6 - CPF:

309.844.612-49

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Projeto Itobá

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Itobá

12 - Cidade:

São Félix Pinto

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

09.309-000

15 - E-mail:

jrdlbarbosa.pendencia@bolmail.com

16 - Tel (DDD):

(75) 99117-5392

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\$5.000,0021 - 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 323 Mirando Pago

AGÊNCIA: 001

CONTA: 7336528816

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou nascituro (várias)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14 de Dezembro 2020

João Raimundo Ferreira Barbosa

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

309.844.612-49

4 - Nome completo da vítima:

João Raimundo Ferreira Barbosa

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

5 - Nome completo:

João Raimundo Ferreira Barbosa

6 - CPF:

309.844.612-49

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Projeto Itobá

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Itobá

12 - Cidade:

São Félix Pinto

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

09.309-000

15 - E-mail:

jrdmbarbosa.pendencia@befmail.com

16 - Tel (DDD):

(75) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 323 Mirando Pago

AGÊNCIA: 001 CONTA: 7336528816 4
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14 de Dezembro 2020

João Raimundo Ferreira Barbosa

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR-DPJI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CANTÁ - RR
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BO:515/2020

REGISTRADO EM:05/10/2020

HORA:09:17hs

DADOS DO COMUNICANTE

COMUNICANTE: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA
ENDERECO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI

RG: 195.002 SSP/RR
CPF: 204.844.612-49

DADOS DA VÍTIMA
VÍTIMA: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA
OPÇÃO SEXUAL: HETERO NOME SOCIAL:
ENDERECO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
NATURALIDADE: COROATÁ - MA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
CUTIS: PARDO ETNIA:
PAI:
MÃE: NILZA FERREIRA BARBOSA

IDADE: 59
RG: 195.002 SSP/RR
CPF: 204.844.612-49
D. DE NASC: 10.03.1961
TELEFONE: 991464432

INFRATOR/SUSPEITO:
NACIONALIDADE:
ENDERECO:
VÍNCULO DO INFRATOR COM A VÍTIMA:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Senhor delegado, o (a) comunicante acima qualificado (a) compareceu nesta delegacia para informar que: Por volta das 14h30min do dia 25.09.2020, trafegava pela vicinal 09 em sua motocicleta (HONDA/FAN/CG150, cor vermelha, ano 2012, placa NUK7507), quando bateu em uma pedra fazendo com que caísse ao chão, causando-lhe a quebra da clavícula; Que foi socorrido por um veículo da justiça (não sabe dados do veículo) até a vila Felix Pinto quando foi levado de lá de costelas e gosto de sangue na boca. Informa que no pronto socorro não foi batido RX da costela, somente da sua clavícula. Era o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: A TIPIFICAR.

ERISON BATISTA
Agente de Polícia Civil

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA
Comunicante

DESPACHO

Neste ato fica intimado o comunicante a comparecer DIA / /20 AS : HS
nesta delegacia.

DESPACHO

Delegado



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR-DPJI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CANTÁ - RR
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BO:579/2020

REGISTRADO EM: 04/11/2020

HORA:08:04hs

DADOS DO COMUNICANTE

COMUNICANTE: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA
ENDEREÇO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI

RG: 195.002 SSP/RR
CPF: 204.844.612-49

DADOS DA VÍTIMA

VÍTIMA: JOSÉ RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA
OPÇÃO SEXUAL: HETERO NOME SOCIAL:
ENDEREÇO: PROJETO JATOBÁ, CONF. III, VIC. 10, SITIO MONTE SINAI
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
NATURALIDADE: COROATÁ - MA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
CUTIS: PARDO ETNIA:
PAI:
MÃE: NILZA FERREIRA BARBOSA

IDADE: 59
RG: 195.002 SSP/RR
CPF: 204.844.612-49
D. DE NASC: 10.03.1961
TELEFONE: 991464432

INFRATOR/SUSPEITO:

NACIONALIDADE:

ENDEREÇO:

VÍNCULO DO INFRATOR COM A VÍTIMA:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Senhor delegado, o (a) comunicante acima qualificado (a) compareceu nesta delegacia para informar que: Que vem complementar boletim de ocorrência nº 515/2020, registrado nesta delegacia no dia 05.10.2020. Que a motocicleta envolvida no acidente pertence ao comunicante, porém ainda consta no nome do seu genro, Sr. FRANCISCO GAMA DOS SANTOS, CPF nº 446.274.592-20, chassi nº 9C2KC1680CR306883, placa NUK7507. Era o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COMPLEMENTAÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ERISON BATISTA
Agente de Polícia Civil

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA
Comunicante

DESPACHO

Neste ato fica intimado o comunicante a comparecer DIA / /20 AS : HS
nesta delegacia.

DESPACHO

Delegado



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 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200467061

Vítima: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

Data do Acidente: 25/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 323

Agência: 000000001

Conta: 007336528816-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 08/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

BANCO: 323

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 007336528816-4

Nr. da Autenticação 8F689009CC4B8E01



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373881/20

Vítima: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

CPF: 204.844.612-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2020

Titular do CPF: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA : 204.844.612-49

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: 22/12/2020
Nome: JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA
CPF: 204.844.612-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/12/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JOSE RAIMUNDO FERREIRA BARBOSA

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200467061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAIMUNDO FERREIRA **Data do acidente:** 25/09/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

OUTORANTE: JOSÉ APIMUNDO FERREIRA BARBOSA
NOME: JOSÉ APIMUNDO FERREIRA BARBOSA NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ESTUDANTE DE MEDICINA CPF: 204 844 612-49
ENDEREÇO: R: JOSÉ ALBERT SAMPAIO 1756. SENADOR WILHELMO OTTOS
VÍTIMA: JOSÉ APIMUNDO FERREIRA BARBOSA DATA DO ACIDENTE: 05/10/2010
CPF: 204 844 612-49 NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: DENILZE CORREIA DANTAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
PROFISSÃO: EMPRESÁRIA RG: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
ENDEREÇO: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

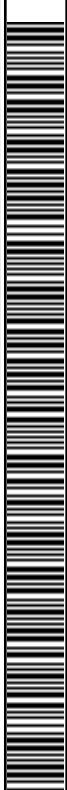
PODERES:

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

Boa Vista-RR 28 de outubro 2020

Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200467061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAIMUNDO FERREIRA **Data do acidente:** 25/09/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

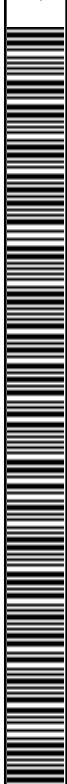
Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200467061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAIMUNDO FERREIRA **Data do acidente:** 25/09/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

