

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2307914020190417142303

Processo 0800226-62.2019.8.23.0010 ☆ - (99 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<div>Resizes</div> <div>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</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div>					
<div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
32 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 32					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
32	17/04/2019 14:23:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		Procurador	
		32.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2559126IMPUGNACAOAOAUDOPERICIALJUR01.PDF	Público	
31	10/04/2019 08:57:10	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
		(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 10/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 26) JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019) e ao evento de expedição seq. 27.		Procurador	
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO	
30	10/04/2019 08:48:30	Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		Advogado	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO	
		(Pelo advogado/curador/defensor de PABLIO VIEIRA DE SOUZA) em 09/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 26) JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019) e ao evento de expedição seq. 28.		Advogado	
29	09/04/2019 14:51:54	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA	
		Para advogados/curador/defensor de PABLIO VIEIRA DE SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		Técnico Judiciário	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA	
28	09/04/2019 14:38:15	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		Técnico Judiciário	
27	09/04/2019 14:38:15	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA	
		JUNTADA DE LAUDO		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA	
		JUNTADA DE COMPROVANTE		Técnico Judiciário	
26	09/04/2019 14:38:06	Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 19) em 18/02/2019 - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019). Parte: PABLIO VIEIRA DE SOUZA		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA	
		RETORNO DE MANDADO		Técnico Judiciário	
		Referente ao evento (seq. 19) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (18/02/2019 17:27:41). Parte: PABLIO VIEIRA DE SOUZA		FRANCISCO ALENCAR MOREIRA	
25	26/03/2019 08:37:50	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Oficial de Justiça	
		(P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO(18/02/2019) e ao evento de expedição seq. 17.		SISTEMA CNJ	
		DECORRIDO PRAZO DE PABLIO VIEIRA DE SOUZA		SISTEMA CNJ	
24	26/02/2019 00:08:32	(P/ advgs. de PABLIO VIEIRA DE SOUZA *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO(18/02/2019) e ao evento de expedição seq. 16.		João Henrique Corrêa Machado	
		REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO		Servidor Central de Mandados	
		Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 19) em 18/02/2019 17:27:41. Tipo: Distribuição Inicial Manual. Oficial de Justiça Designado: FRANCISCO ALENCAR MOREIRA. Parte: PABLIO VIEIRA DE SOUZA		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	
23	19/02/2019 14:37:55	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/02/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019) e ao evento de expedição seq. 17.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
		EXPEDIÇÃO DE MANDADO		Procurador	
		Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO(18/02/2019 13:07:34). Natureza: Intimação. Parte: PABLIO VIEIRA DE SOUZA. Identificador do Cumprimento: 0001.		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA	
22	18/02/2019 17:27:41	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA		Analista Judiciário	
		(Pelo advogado/curador/defensor de PABLIO VIEIRA DE SOUZA) em 18/02/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019) e ao evento de expedição seq. 16.		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		Advogado	
21	18/02/2019 13:52:09	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019)		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA	
20	18/02/2019 13:07:45	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		Analista Judiciário	
		Para advogados/curador/defensor de PABLIO VIEIRA DE SOUZA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019)		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA	
		JUNTADA DE CERTIDÃO		Analista Judiciário	
19	18/02/2019 13:07:45	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019)		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA	
18	18/02/2019 13:07:45	JUNTADA DE CERTIDÃO		Analista Judiciário	
		JUNTADA DE CERTIDÃO		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA	
		JUNTADA DE CERTIDÃO		Analista Judiciário	
17	31/01/2019 13:04:08	JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO	
16	29/01/2019 15:59:25	Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO (22/01/2019)		Advogado	
15	29/01/2019 15:59:25	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO	
14	29/01/2019 15:42:23	(Pelo advogado/curador/defensor de PABLIO VIEIRA DE SOUZA) em 29/01/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO (22/01/2019) e ao evento de		Advogado	
13	29/01/2019 15:42:23				
12	29/01/2019 15:42:23				



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08002266220198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PABLIO VIEIRA DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

OCORRE QUE, A PARTE AUTORA NÃO ENTREGOU A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA A PERFEITA REGULAÇÃO DO SINISTRO EM SEDE ADMINISTRATIVA, INCLUSIVE, DE SE DESTACAR QUE HOUE O CANCELAMENTO PELA INATIVIDADE DA PARTE AUTORA NA ENTREGA DE DOCUMENTOS IMPORTANTES PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO.

A seguradora possui uma praxe para a documentação que deverá ser entregue pela própria vítima, beneficiário ou representante legal, mas em casos especiais a seguradora poderá solicitar algum documento ou informação complementar, com objetivo de garantir que o pagamento seja realizado pelo legítimo beneficiário.

Assim, como a parte autora não entregou a documentação necessária, não foi possível realizar o pagamento.

De se notar que a documentação médica juntada aos autos, não se apresenta contemporânea ao acidente, este, ocorreu em 29/07/2018 e a documentação data de 30 e 31/07, dessa forma, não se comprova o nexo causal, e, ainda, não consta laudo anterior a fundamentar a conclusão pericial.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após alta médica. Digno de destaque são os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 11 de abril de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **PABLIO VIEIRA DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180480706**

Vitima: **PABLIO VIEIRA DE SOUSA**

Data do Acidente: **29/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180480706**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13488231



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: PABLIO VIEIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180480706

Vítima: PABLIO VIEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180480706**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00549/00550 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13494419

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	780.825.522-04	PABLO VIEIRA DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
PABLO VIEIRA DE SOUSA		780.825.522-04		RECURSA
Endereço		Número	Complemento	
RUA IVONE PINHEIRO		890		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
TANCREDO NEVES	BOA VISTA	ESPIRITO SANTO	69.313-310	
Email			Telefone (DDD)	
			(95) 3623-9134	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0653		132.536	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 04 de Outubro de 2018

Local e Data

Pablo Vieira de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030337/2018-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa JWZ3515	Número do Chassi XXXXXXXXXXXXXXX17052
Ano/Modelo Fabricação 2004/2004	Cor Azul
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo TOYOTA/COROLLA XLI16VVT	Modelo TOYOTA/COROLLA XLI16VVT
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
James Alves Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NAH3911	Número do Chassi XXXXXXXXXXXXXXX03201
Ano/Modelo Fabricação 1989/1989	Cor Preta
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125	Modelo HONDA/CG 125
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Pablo Vieira de Sousa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para entregar o ROP/PM Nº 803159, informando sobre um acidente de trânsito, conforme relato a seguir.

Accionados, via CIOPS, para a averiguação de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local, constatamos o fato, onde segundo informações do item 01, o mesmo trafegava pela Rua Mestre Albano no sentido>centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. Nº Srª de Nazaré, o mesmo parou no canteiro central para aguardar o item 02 passar, quando o item 02, que conduzia seu V02 pela Av. Nº Srª de Nazaré, no sentido>Av. Gal. Ataíde Teive, fez a conversão à esquerda (para fazer retorno na mesma avenida que seguia), vindo a colidir no item 01 que estava parado, vindo a causar danos pessoais ao item 01 e danos materiais a ambos os veículos (conforme dados periciais, realizado pelo PERITO GLEYDSON) Informo que a Srª ROSINETE NASCIMENTO SANTOS – moradora da Rua Raimundo Penafort, 1299, Asa Branca, afirma ter visto o acidente e confirma os dados acima repassados.

Informo ainda que após os procedimentos periciais e o local ter sido liberado, o item 02, foi autuado (autos nº SE00103654 e SE00103766) por estar com seu V02 em atraso e por estar com sua CNH em atraso, sendo seu V02 liberado para a cnh nº 01350399207- RONILSON RIBEIRO LIMA, apresentado pelo condutor, e por não ter guincho disponível para condução ao pátio Detran. Já o item 01, foi autuado (auto nºA157-019904) por não possuir cnh, conforme consulta do nome no sistema getran, e teve seu V01 recolhido ao pátio na carroceria da viatura, por não ter nenhum responsável pelo veículo no local, tendo em vista o item 01 ter sido conduzido para o pronto socorro para atendimento médico, conforme (CRR nº D153- 027415). Informo que o item 01 foi conduzido ao PSE pelo SAMU, para atendimento médico, não sendo possível, apresentando a este DP pela prática do crime de trânsito, conforme prevê o CTB.

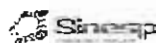
Apresento-vos este ROP para conhecimento e providências cabíveis. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

O comunicante e vítima do acidente, Sr. Pablo Vieira de Sousa, compareceu nesta especializada para corrigir os dados referentes ao seu nome, que estava erroneamente descrito como Pablo. Além disso, nos informou que o mesmo é habilitado desde 29/05/2003 conforme habilitação de número 02606186712 e não como consta no ROP/PM que cita que o mesmo não possui habilitação. Informo ainda que o possível engano dos policiais em relação aos dados da vítima é pelo fato do Sr. Pablo, no momento da chegada dos PMs, já ter sido conduzido ao HGR pela equipe do SAMU. É relato.

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO



Delegado de Polícia Cheimeris Silva Pereira
 Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
 Data de impressão: 01/10/2018 10:06
 Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PF - Sistema de Procedimentos de Polícia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030337/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/10/2018 09:53 Data/Hora Fim: 01/10/2018 10:06
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 809159 Data: 29/07/2018
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 29/07/2018 22:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Barro: Asa Branca

Logradouro: Av. Nossa Senhora de Nazaré com Rua Mestre Albano

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1472: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão traseira	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAMES ALVES SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 116919

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Acari

Nº: 844

Barro: Santa Tereza

Nome Civil: PABLO VIEIRA DE SOUSA (ENVOLVIDO , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Ivone pinheiro

Nº: 890

Complemento: apt 06

Barro: Asa Branca

Telefone: (95) 99163-1940 (Celular)

Nome Civil: 3º SGT DARLEUDO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: Não Informado

Endereço

Município: Boa Vista - RR

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 030337/2018-A01

ASSINATURAS

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Assentamento

Pablo Vieira de Sousa
Pablo Vieira de Sousa
(Envolvido / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) signatário(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que contém a origem, conforme previsto nos artigos 230 do Estatuto da Criança e do Adolescente e 243 da Constituição Federal do Brasil ou de qualquer outro dispositivo legal.

CONFERIDOR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>PABLO VIEIRA DE SOUZA</u>	CPF da Vítima <u>280.825.522-04</u>	Data do Acidente <u>29.07.2018</u>
---	--	---------------------------------------

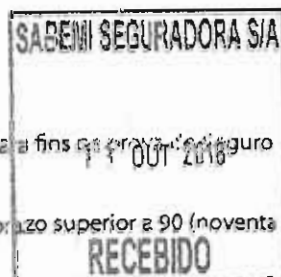
REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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



Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

30.10.2018 de Outubro de 2018
Local e Data

Pablo Vieira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809159

Vtr	SUCp	Data	S/Selc	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIPTUR 01	CIPTUR	29/07/2018	LESTE	22:10	22:10	22:25	23:59
Cód. CC	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
100	070130121070013099	XXXX	17521	17539			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./Rua: AV. Nº 501 DE NAZARÉ X RUA MESTRE Nº 511 Bairro: ASA BRANCA Ref: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	Nome: PABLO VIEIRA DE SOUSA	Idade: 37	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço:	AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ (NÃO SOUBE INFORMAR)	Bairro: XXXXXXXXXX	
RG:	NÃO PORTAVA CNH	NÃO POSSUI	Profissão: ELETRICISTA
CPF:	NÃO PORTAVA	Telefone: XXXXXX	
2 ENVOLVIDO	Nome: JAMES ALVES SILVA	Idade: 43	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço:	RUA GAL. ATAÍDE TEIVE Nº 844	Bairro: SANTA TEREZA	
RG:	18978-RR	CNPJ: 09531598711	Profissão: PEDREIRO
CPF:	NÃO PORTAVA	Telefone: XXXXXX	

OBJETOS APREENDIDOS

V01: HONDA 1500 4 PORTA E PLACAS 143M11-RR (DANOS CONFORME PERICIA)
 V02: TOYOTA 1.6 CCV AZUL E PLACAS 1427515-RR (DANOS CONFORME PERICIA)

RECEBI OS CONDUZIDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: NÃO HÁ CONDUZIDOS.

ASSINATURA *[assinatura]* CARGO *[assinatura]* LOCAL 2º DP

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (S):

Accionados, via CIOPS, para a averiguação de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local, constatamos o fato, onde segundo informações do item 01, o mesmo trafegava pela Rua Manoel Albano no sentido>centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. Nº Srª de Nazaré, o mesmo parou no canteiro central para aguardar o item 02 passar, quando o item 02, que conduzia seu V02 pela Av. Nº Srª de Nazaré, no sentido>Av. Gal. Ataíde Teive, fez a conversão à esquerda (para fazer retorno na mesma avenida que seguia), vindo a colidir no item 01 que estava parado, vindo a causar danos pessoais ao item 01 e danos materiais a ambos os veículos (conforme fotos e periciais, realizado pelo PERITO SLEYDSON). Informo que a Srª ROSINETE NASCIMENTO OLIVEIRA - moradora da Rua Raimundo Penafort, 1299, Asa Branca, afirma ter visto o acidente e confirma os dados acima repassados.

Informo que, já que com os procedimentos periciais e o local ter sido liberado, o item 02, foi autuado (autos nº 0600103654 e SE00103768) por estar com seu V02 em atraso e por estar com sua CNH em atraso, sendo seu V02 liberado para a CNH nº 01120399207- RONILSON RIBEIRO LIMA, apresentado pelo condutor, e não ter guincho disponível para condução ao pátio Detran. Já o item 01, foi autuado (auto nº A157-019904) por não possuir CNH, conforme consulta do nome no sistema getran, e teve seu V01 recolhido ao 1º DP para guarda da vítima, por não ter nenhum responsável pelo veículo no local, tendo em vista o item 01 estar se encaminhando para o pronto socorro para atendimento médico, conforme (DRR nº D153-027415). Informo que o item 01 foi conduzido ao PSF pelo SAMU, para atendimento médico, não sendo possível, acrescento a este ROP pela prática de crime de trânsito, conforme prevê o CTB.

Apresento-vos este ROP para conhecimento e providências cabíveis. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.



SABEMI SEGURADORA S/A

DARLEUCIO
Nome

40.674-3
Matrícula

2 SGT PM
Posto/Grad

CIPTUR1 OUT 2018
Und

[assinatura]
Assinatura

RECEBIDO

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

1186

PREFEITURA
POA VISTA

UNIDADE:

EQUIPE



T92

Paciente: Carlos Eduardo de SouzaIdade: 38Sexo: MNacionalidade: BrasileiraRaça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-EtniaEndereço: Rua Wladimir Kowalski, 100 - Vila Nova, Bairro Ana Branca

Nº

DATA 24/10/18HORA J/8: 22:14BASE ☒ VIA ☐☐ RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: 22:17☒ ACELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO:

ACIONAMENTO

☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTROINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☐ / 1 a 3 horas ☐ / 4 a 24 horas ☐ / Mais de 24 horas ☐ / Não sabe ☐

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento
- ☐ Atropelamento
- ☐ Colisão AUTO x ☐
- ☐ Motociclista
- ☐ Passageiro Banco dianteiro
- ☐ Passageiro Banco traseiro

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto
- ☐ Vítima projetada
- ☐ Vítima encarcerada
- ☐ Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☐ Colisão MOTO x ☐
- ☐ Queda de moto ☐ Com capacete
- ☐ Atropelamento ☐ Sem capacete
- ☐ Queda de Bicicleta
- ☐ Piloto ☐ Garupa

VIOLENCIA

- ☐ FAF
- ☐ FAF
- ☐ Espancamento
- ☐ Violência Doméstica
- ☐ Violência Sexual
- ☐ Tentativa de suicídio

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho ☒ Local ☐ Trajeto
- ☐ Queda, Altura aprox.:
- ☐ Acidente Doméstico
- ☐ Queimadura Agente
- ☐ Afogamento
- ☐ Agressão p/ animal

☐ Outros: ☐

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento
- ☐ V.A. ☐ CALÇADA ☐ FAIXA

CICLOVIA

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

- ☐ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Obstrução Total
- ☐ Corpo estranho
- ☐ Edema de Glote
- ☐ Outro ☐

VENTILAÇÃO

- ☐ Eupneico
- ☐ Apnéia
- ☐ Dispneia
- ☐ Bradipneia
- ☐ Taquipneia
- ☐ Roncos
- ☐ Sibilos
- ☐ Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO

- ☐ Normocárdico
- ☐ Bradicárdico
- ☐ Taquicárdico
- ☐ Arritmico
- ☐ Enchimento capilar acima de 2"
- ☐ Ausente
- ☐ Cianose central
- ☐ Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLÓGICA

- ☐ AVDN
- ☐ Miose
- ☐ Midriase
- ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
- ☒ Aparelho Estilizado
- ☐ GLASGOW ☐

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"	APGAR
Início	<u>120/80</u>	<u>120</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>	<u>36,5</u>			
Fim	<u>120/80</u>	<u>120</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>	<u>36,5</u>			

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele

- ☐ Corado
- ☐ Quente
- ☐ Palida
- ☐ Fria
- ☐ Úmida
- ☐ Seca
- ☐ Cianótica

Cabeça

- ☐ Contusão
- ☐ Escoriação
- ☐ Laceração
- ☐ Hematoma
- ☐ Afundamento
- ☐ Fer. penetrante

Face

- ☐ Contusão
- ☐ Escoriações
- ☐ Lacerações
- ☐ Ferimento ocular
- ☐ Luxação
- ☐ Mandíbula

PESCOÇO

- ☐ Escoriações
- ☐ Lacerações
- ☐ Hematoma
- ☐ Desvio da traqueia
- ☐ Enfisema Sub-cutâneo

Tórax

- ☐ Dor
- ☐ Escoriações
- ☐ Lacerações
- ☐ Contusão pulmonar
- ☐ Ferida Aspirativa
- ☐ Empalamento

Abdome

- ☐ Escoriações
- ☐ Lacerações
- ☐ Distendido
- ☐ Em tábua
- ☐ Doloroso
- ☐ Evisceração

Pelve

- ☐ Contusão
- ☐ Escoriações
- ☐ Dor
- ☐ Instabilidade
- ☐ Crepitação

Coluna Dorsal

- ☐ Contusão
- ☐ Hematoma
- ☐ Dor
- ☐ Escoriações
- ☐ Crepitação

MMSS

- ☐ Contusão
- ☐ Escoriações
- ☐ Luxações
- ☐ Lacerações
- ☐ Fratura
- ☐ Amputação
- ☐ Crepitação

MMII

- ☐ Contusão
- ☐ Escoriações
- ☐ Luxações
- ☐ Lacerações
- ☐ Fratura
- ☐ Amputação
- ☐ Crepitação

OCULAR

- 4 Espontânea
- 3 Ao comando
- 2 A dor
- 1 Sem resposta

VERBAL

- 5 Orientado
- 4 Confuso
- 3 Palavras inapropriadas
- 2 Palavras incompreensíveis
- 1 Sem 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

- ☐ Ritmo Sinusal
- ☐ Taquicardia
- ☐ Bradicardia
- ☐ Fibrilção
- ☐ Fibrilção atrial
- ☐ Fibrilção ventricular
- ☐ Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Respiratória
- ☐ Neurológica
- ☐ Psiquiátrica
- ☐ Metabólica
- ☐ Cardiovascular
- ☐ Aborto
- ☐ Digestiva
- ☐ Infecçiosa
- ☐ Obstétrica
- ☐ Outra ☐

HISTÓRIA

- ☐ Diabetes
- ☐ Cardiopatia
- ☐ HAS
- ☐ Medicação de uso

SABEM SEGURADORA SIA

☐ Alergias☐ Outros

11 OUT 2018

RECEBIDO

GRAVIDADE PRESUMIDA

☐ ILESO☒ PEQUENA☐ MÉDIA☐ SEVERA☐ ÓBITO EVIDENTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura de Dr. Carlos Eduardo de Souza
CRM 227-RR

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- ☒ Polícia Militar
- ☐ Guarda Municipal
- ☐ SMTRAN
- ☐ Bombeiro
- ☐ Outros: ☐

CONFERE COM O ORIGINAL
17/08/18
OBSERVAÇÕES: Assinatura

INCIDENTE

- ☐ Cancelamento
- ☐ Recusa de Atendimento
- ☐ Não se encontrava no local - EVASÃO
- ☐ Recusa de hospitalização
- ☐ Trope
- ☐ Bombeiro no local: ☐

RCP

- ☐ Iniciada as: ☐ Term no as: ☐
- ☐ RCP com sucesso
- ☐ RCP sem sucesso
- ☐ Obs. ☐

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	<input type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santa Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lote Irís - HLI
	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR	<input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Coronel Mota		

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

11-OUT-2018

RECEBIDO

PERTENCE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

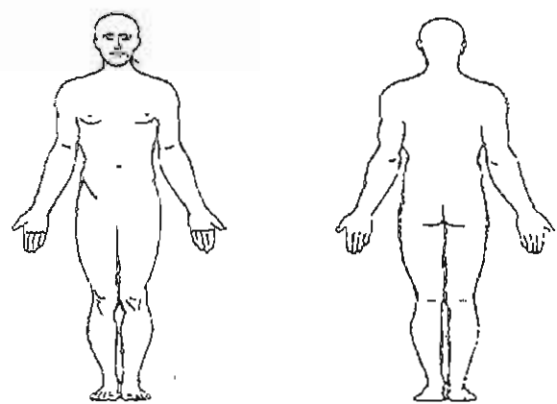
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

Abertura Cervical	Classificação	Pontuação
Abertura cervical prontamente a estimulação	2 e 3 pontos	3
Abertura cervical em tom de voz normal ou em voz alta	2 e 3 pontos	3
Abertura cervical após estimulação da extremidade dos braços	2 e 3 pontos	3
Abertura persistente de abertura cervical sem fatores de interferência	Ausente	1
Outros fatores de interferência a labor local	Não Registrado	N
Resposta Verbal	Claramente	3
Resposta adequada relativamente ao nome local e data	Claramente	3
Resposta nas perguntas das comunicações coerentes	Claramente	3
Palavras isoladas incoerentes	Parcialmente	2
Palavras incoerentes	Parcialmente	2
Ausência de resposta verbal, sem fatores de interferência	Ausente	1
Palavras que interferem com a comunicação	Não Registrado	N
Resposta motora	Claramente	3
Comandamento de ordem com 2 ações	A ordem	3
Extensão da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de "abrir a mão" ou "fechar"	Localizada	3
Flexão/pronção do membro superior do nível do cotovelo, posição predominante não anormal	Flexão normal	3
Extensão/pronção do membro superior do nível do cotovelo, posição predominante e braço anormal	Flexão anormal	2
Extensão do membro superior do nível do cotovelo	Extensão	3
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limite a resposta motora	Não Testado	N



Paciente vítima de acidente com contusão e laceração na região da cabeça.

Obj. Neurologia, exame em sala de emergência.

AV = 8

AV = 8

Ext = membros superiores e inferiores.

CD = contusão de cabeça.

transf. para UCI

[Assinatura]

Edson Soares Pinto
Enfermeiro
COREN 260 099-Enf

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 17/08/18

[Assinatura]



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1522494

MARIA ROSALIA GRANJEIRO

R. IVONE PINHEIRO, 890 , 6

TANCREDO NEVES

69313510 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1029649	09/2018	28-AUG-18 a 25-SEP-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
132	11-OCT-18	R\$ 119,03

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

recorte aqui



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1029649	09/2018	R\$ 119,03

836700000018.190300750006.000000001024.964909180058





ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

SABEM SEGURODOBA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

RR

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1347705

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO
AV DRA YANDARA, 3573 , LT 01
CENTRO 69373000 RORAINOPOLIS

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1444506	08/2018	27-JUL-18 a 27-AUG-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
415	11-SEP-18	R\$ 120,39

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1444506	08/2018	R\$ 120,39

836600000019.203900750001.000000001446.450608180052



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/BIBLIOTECASWEB/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 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 Adilson Viana de Sousa inscrito (a) no CPF 000.793.433 / 18
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adilson Viana de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 780.825.522 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invulnidez da Vítima
Adilson Viana de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 780.825.522 / 04 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

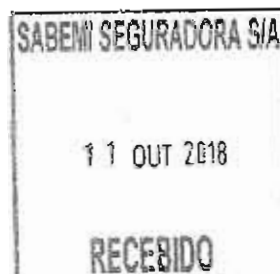
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Dr. Yendere</u>		Número <u>3573</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ribeirãopolis</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>59.323-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>19573523-9134</u>	Telefone celular (DDD)

32 Vist 04 de Outubro de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

30.07.18

2

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente	PABLO VICENTE DE SOUSA		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Mãe				Pat	Contatos		
Endereço							

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
Sector	URGÊNCIA	Tipo da Chegada	Procedimento Sol.	Temp.	Peso
				Registrado por:	Pressão

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

Anamnese da Enfermagem	GSC	TOTAL
Mov. liza do max. firmemente aderente	AO: 1234	RV: 12345
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	NRV: 123456	

di. Linguagem

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

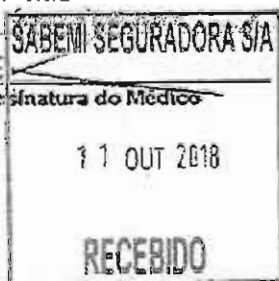
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Exatidão/ EVASIVIDADE		
15 23:10		

Conduta

Óbito

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



VERDE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOYES - 3035 - AEROPORTO



1800988992		31/07/2018 14:29:09		FICHA DE ATENDIMENTO - CLÍNICA MÉDICA		DIURNO 07-19		165
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF
PABLO VIEIRA DE SOUSA		04/10/1980		37 A 9 M 27 D		898002766342488		78082552204
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil
IDENTIDADE 4136438						M		PARDA
Mãe		Pa		NI		Contato		(95) 99173-7948
MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE SOUSA								Ocupação
Endereço		RUA - IVONE PINHEIRO - 890 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização
VERDE		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						S e Prontuário
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Ator		Temp.		Peso
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA				36.00		140 x 80
Seror		Tipo de Chegada		Procedimento S		Registrado por:		CASSIA ANDRADE
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA						
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático		<input type="checkbox"/> Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita do Dengue
CORTE NA LINGUA, HEMATOMA EM OLHO "E", DOR EM OMBRO "D", FERIMENTO EM POUT, 2018								
APÓS ACIDENTE DE MOTO HA 3 DIAS								
Anamnese de Enfermagem		NEGA HAS, DM OU ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS, SEM FITAS PARA DEXTRA		RECEBIDO ISC		TOTAL		123456
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:00 h)								
Exame Físico		Paciente relata que no domingo (23/07) sofreu acidente de moto, com trauma em ombro (D) e região lombar esquerda (D), evoluindo com limitação do movimento do membro superior direito.						
Hipótese Diagnóstica		Fratura da clavícula (D)?						
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SOM		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE
		<input type="checkbox"/> URINA		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS:		
PRESCRIÇÃO		D. Tenos com 40mg (EV) - 16/07/18						
		D. Dipirone 1g						
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		
		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Internação		<input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta:		
		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia						
		<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia						
óbito		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		Assinatura do Médico						
Impresso por: Iudymilla Farias		Data Hora: 31/07/2018 14:43:24						
		Dr. Thiago M. Matos						
		CRM-RR 1718						

Urticária - Dr. Eldimar

Docimeta negativa de acidente de moto apontando
sem aut. osseos-claviculares. RX unclavicular
RX em 1/3 letura de avicula (D).

CD: Ao ambulatório HEM.
Sintomático.

Dr. Fernando R. Rende
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 10000



SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

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

NOME
PABLO VIEIRA DE SOUSA

DOC IDENTIDADE / RG, CNH, PASSAPORTE
4136438 SSP RR

CPF
780.825.522-04

DATA NASCIMENTO
04/10/1980

FILIAÇÃO
CELESTINO ALVES DE SOUSA
MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE SOUSA

PERMISSÃO
ACC
CAT. 2, D

APROVADO
02903186712

VALIDADE
11/02/2021

EMISSÃO
29/05/2003

OBSERVAÇÕES

Pablo Vieira de Sousa

ASSINATURA DO DETENTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

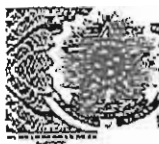
DATA DE EMISSÃO
11/02/2016

06706048305
RR209737278

1236017907

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1540631236

NOME
ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3891631 SSP RR

CPF
006.793.433-19

DATA NASCIMENTO
17/03/1989

FILIAÇÃO
FRANCISCO GERARDO
XIMENES MACEDO
JOVANE DA COSTA MACEDO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04291531595

VALIDADE
29/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/02/2008

OBSERVAÇÕES
A

Antonio Francisco de M. Marques

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
02/10/2017

Antonio Francisco de M. Marques

ANTONIO FRANCISCO BESERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

05866861452
RR209399864

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1540631236

RORAIMA

Consulta de Veículos na Base Local

DADOS DO VEICULO

Placa: NAH3911 Chassi: 9C2JC1801KR203201 Renav

Situação: 1-EM CIRCULACAO

Procedência: 1 - NACIONAL

Tipo: 04-MOTOCICLET

Categoria: 01-PARTICULAR

Ano Mod: 1989 Ano Fab: 1989 Cor: 11-PRETA

Combustível: 02-GASOLINA Nº Motor:

Faixa Segura: 09 Ano de Licenciamento: 2007 Carrocer

Deficiente Físico:

Roubo Furto: N Data de Última Atualização: 27/12/2007

Observações: VEIC LEILÃO 001/07 LT 217

Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: MARCOS DA SILVA

Endereço: R ESTRELA CELESTE

Complemento: NUM

Data Aquisição 0km: // Valor 0km: 0,00

Data Transferência: 20/12/2007 Valor: 1385,00

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: ANTONIO ANANIAS SAMPAIO SILVA FILHO

Endereço Anterior: BOA VISTA

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 02/01/2008 Nº CRV: ***** Data CRLV: 28

ALTERAÇÕES / REMARCAÇÕES

Placa Anterior: NL911 UF: RR

m: 00149145179 Remarcado(S/N): N

Município: 00301-BOA VISTA

Espécie: 01-PASSAGEIRO

Mod: 002899-HONDA/CG 125

Passag: 001 Potência: 011 Cilindrad: 0125

Nº Câmbio:

SUS-NAO APLIC.

Selo Idoso:

xii: NAO

CPF/CNPJ: 769.435.932-34

Bairro: RAIAR DO SOL I

Cidade: BOA VISTA

Cap: 393 6076

Nº Doc. Aquisição: 001452

CPF/CNPJ: 382.464.062-72

UF: RR

2/2007 Nº CRLV: 7433539846

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

NOME: Roblio Vieira de Souza
ESTADO CIVIL: Solteiro .PROFISSÃO: Eletricista
NACIONALIDADE: Brasileiro .CPF: 780.825.522-04
IDENTIDADE: 4136438 .ORGAO EXPEDIDOR: SSP/RR
ENDEREÇO: Rua Juana Pinheiro, 890, Tenoré
Olhos, Boa Vista - RR.

OUTORGADO:

NOME: ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO.
NACIONALIDADE: BRASILEIRO. ESTADO CIVIL: SOLTEIRO. PROFISSÃO: ADVOGADO.
IDENTIDADE: 3891631 SSP/RR. CPF: 006.793.433-18.
ENDEREÇO: AV. DRA. YANDARA, 3573, CENTRO, CEP 69.373-000, RORAINÓPOLIS - RORAIMA.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante 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 assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, 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 para a vítima.

Boa Vista, 01 de Outubro de 2018.
LOCAL E DATA



Roblio Vieira de Souza
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE / VERDADEIRA)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374035/18

Vítima: PABLIO VIEIRA DE SOUSA

CPF: 780.825.522-04

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 29/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PABLIO VIEIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO : 006.793.433-18

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

PABLIO VIEIRA DE SOUSA : 780.825.522-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO
CPF: 006.793.433-18

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: ELIANE FALK
CPF: 010.372.382-06

ELIANE FALK