

**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)
<b>Reais</b>					
<b>Realizar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="checkbox"/> ao <input type="checkbox"/> Data do Movimento(Período): <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> <b>Descrição:</b> <input type="checkbox"/>					
32 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 32					
500 por pág.					1
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
<input type="checkbox"/> 32	17/04/2019 14:23:03	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
		32.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2559126IMPUGNACAOALAUDOPERICIALJUR01.PDF	Público	
		32.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2559126IMPUGNACAOALAUDOPERICIALJURAnexo01.PDF	Público	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
<input type="checkbox"/> 30	10/04/2019 08:48:30	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO <b>Advogado</b>	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de PABLO 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.		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO <b>Advogado</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de PABLO VIEIRA DE SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA <b>Técnico Judiciário</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de PABLO VIEIRA DE SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/04/2019)		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA <b>Técnico Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 26	09/04/2019 14:38:06	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA <b>Técnico Judiciário</b>	
		<b>JUNTADA DE COMPROVANTE</b>		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA <b>Técnico Judiciário</b>	
		25/03/2019 08:37:50 Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 19) em 18/02/2019 - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019). Parte: PABLO VIEIRA DE SOUZA		KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA <b>Técnico Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 24	25/03/2019 07:56:24	<b>RETORNO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 19) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (18/02/2019 17:27:41). Parte: PABLO VIEIRA DE SOUZA		FRANCISCO ALENCAR MOREIRA <b>Oficial de Justiça</b>	
		<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (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	
		<b>DECORRIDO PRAZO DE PABLO VIEIRA DE SOUZA</b> (P/ advgs. de PABLO VIEIRA DE SOUZA *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019) e ao evento de expedição seq. 16.		SISTEMA CNJ	
		<b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</b> Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 19) em 18/02/2019 17:27:41. Tipo: Distribuição Inicial Manual. Oficial de Justiça Designado: FRANCISCO ALÉNCAR MOREIRA. Parte: PABLO VIEIRA DE SOUZA		João Henrique Corrêa Machado <b>Servidor Central de Mandados</b>	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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 <b>Procurador</b>	
<input type="checkbox"/> 19	18/02/2019 17:27:41	<b>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019 13:07:34). Natureza: Intimação. Parte: PABLO VIEIRA DE SOUZA. Identificador do Cumprimento: 0001.		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de PABLO 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 <b>Advogado</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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 <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de PABLO VIEIRA DE SOUZA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (18/02/2019)		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 15	18/02/2019 13:07:34	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 14	31/01/2019 13:04:08	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>		CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 13	29/01/2019 15:59:25	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO (22/01/2019)		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO <b>Advogado</b>	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de PABLO 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		ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO <b>Advogado</b>	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6<sup>ª</sup> 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 inexiste 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 HOUVE 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**

---

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** PABLO VIEIRA DE SOUSA  
**Nº Sinistro:** 3180480706  
**Vítima:** PABLO 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](http://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**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

280.825.522-04

Nome completo da vítima

PABLO VIEIRA DE SOUSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	PABLO VIEIRA DE SOUSA	CPF titular da conta	280.825.522-04	Profissão	RECOLHE
Endereço	BRA IVONE PINHEIRO	Número	890	Complemento	
Bairro	TRANCEDO NEVES	Cidade	BOA VISTA	Estado	ESPIRITO SANTO
Email				CEP	69.313-510
				Telefone (DDD)	(051) 3603-0134

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	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (007)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRC.	D/V	CONTA NRC.	D/V
0653		182.539	4

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRC.	D/V	CONTA NRC.	D/V
182.539	4		

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRC.	D/V	CONTA NRC.	D/V

(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/Caminhon
Placa JVZ3515	Número do Chassi *****17052
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/Caminhon
Placa NAH3911	Número do Chassi *****03251
Ano/Modelo Fabricação 1999/1999	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:

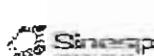
Acionados, via CIOPS, para averiguação de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local, constataramos o fato, onde segundo informações do item 01, o mesmo trafegava pela Rua Mestre Albano no sentido>centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. Nº Srº de Nazaré, o mesmo parou no canteiro central para aguardar o item 02 passar, quando o item 02, que conduzia seu V02 pela Av. Nº Srº 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 Srº ROSINETE NASCIMENTO SANTOS – moradora da Rua Raimundo Penafont, 1299, Asa Branca, afirma ter visto o acidente e confirma os dados acima repassados.

Informo ainda que após os procedimentos policiais e o local ter sido liberado, o item 02, foi autuado (autos nº SE00103054 e SE00102786) por estacionar seu V02 em atraso e por estar com sua CNH em atraso, sendo seu V02 liberado para a cnh nº 01360399207- RONILSON RIBEIRO LIMA, apresentado pelo condutor, e por não ter guinche disponível para condução ao pátio Detran. Já o item 01, foi autuado (auto nºA157-019904) por não possuir cnh, conforme consta no 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, apresentá-lo a este DP pela prática de crime de trânsito conforme prevê o CTB.

Apresento-vos este ROP para conhecimento e provéncias cabíveis. ERA O QUE TINHA A RELATAR.  
O comunicante e vítima do acidente, Sr. Pablo Vieira de Sousa, compareceu neste 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 02006186712 e não consta no RCP/PM que cita que o mesmo não possui habilitação. Informa ainda que é 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. E relato.

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018  
RECEBIDO





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

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

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) Bairro: Asa Branca  
Logradouro: Av. Nossa Senhora de Nazaré com Rua Mestre Albano

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(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 Nº: 844  
Logradouro: Rua Acari  
Bairro: Santa Tereza

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

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 890  
Logradouro: Ivone pinheiro  
Complemento: apt 06  
Bairro: 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



*Pablo Vieira de Sousa*  
Pablo Vieira de Sousa  
(Evolvido / Vítima)

"Declaro que os dados finais de cima que sou eu (a), (assino) responsável, todas as informações acima apresentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, engano, conforme previsto nos artigos 323 e 324 da Constituição Federal e 240 da Lei de Crimes contra a Ordem Pecuária do Código Penal Brasileiro."

*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

*Roberto Vieira de Souza*

CPF da Vítima

*280.825.522-04*

Data do Acidente

*29.02.2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

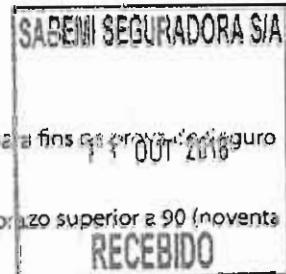
CPF do Representante legal

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 pagamento do 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 discorde do seu conteúdo.

*30/02/2018*

Local e Data

*Roberto Vieira de Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## PIPER - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

N° 809159

Vtr	S/JCo	Data	S/Selar	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIPTR 01	CIPTR	29/07/2018	LESTE	22:10	22:10	22:25	23:59
Cód. Cia	Cód. Prev.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	Kmf.			
100-00000000	1-000-000000000000	XXXX	17521	17539			

**LOCAL DA OCORRÊNCIA**

Av./Rua: AV. N° 517 DE NAZARÉ X RUA MESTRE ALBENO  
Nº S/N Bairro: ASA BRANCA Ref: CRUZAMENTO

## PESSOAS RELACIONADAS

**1 ENVOLVIDO** Nome: PABLO VIEIRA DE SOUSA Idade: 37 E. Civil: SOLTEIRO  
 Endereço: RUA 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 NO 441 Nº 844 Bairro: SANTA TEREZA  
 RG: 18019-RR CNH 08531568711 Profissão: PEDREIRO  
 CPF: NÃO PORTAVA Telefone: XXXXXX

## OBETOS APRENDIDOS

V01: HONDA CIVIC 1.6 16V FLEX 4P AUTOMÁTICO 2011/2012 - PLACA: 3KJ-1331-RR (DANOS CONFORME PERICIA)  
V02: TOYOTA COROLLA 1.8 16V FLEX 4P AUTOMÁTICO 2011/2012 - PLACA: 3KJ-1351-RR (DANOS CONFORME PERICIA)

**RECEBI OS CONSULTÓRIOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS; NÃO HÁ CONDUZIDOS.**

ASSINATURA 

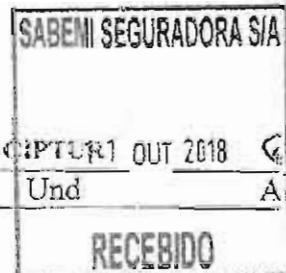
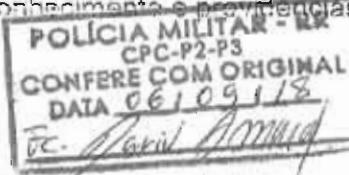
CARGO ~~PA~~ ~~PA~~ LOCAL 7<sup>o</sup> DP

HISTÓRICA

SEN. D. J. BROWN (D)

Acionados, via CICOPS, 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 Monte Alegre no sentido centro, conduzindo seu V01, quando no cruzamento com a Av. N<sup>o</sup> Sr<sup>a</sup> de Nazaré, o mesmo parou no canteiro central para aguardar o item 02 passar, quando o item 02, que circulava seu V02 pela Av. N<sup>o</sup> Sr<sup>a</sup> de Nazaré, no sentido > Av. Gal. Ataide 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 consta no laudo, realizado pelo FERDITO SLEYDSON). Informo que a Sr<sup>a</sup> ROSINETE NASCIMENTO SANTOS – moradora da Rua Raimundo Penafont, 1299, Asa Branca, afirma ter visto o acidente e confirmar os dados acima reproduzidos.

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



DARKEST . . .  
None

40.67 h. 3  
Matryushka

3 SGT PM  
Posto/Grad

CAPTURE1 OUT 2018  
Und

*sinafura*

**RECEBIDO**

## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1186

PREFEITURA  
FOR VISTA

UNIDADE:

EQUIPE



192

Paciente: *... 36*

Idade: 36

Sexo: M

Nacionalidade: *...*

Raça: Branca

[ ] Negra

[ ] Parda

[ ] Amarela

[ ] Indígena-Etnia

Endereço: *...*

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

Nº

DATA 24/10/18

HORA J/9: 22:41

BASE DA VIA ( )

( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: 22:17

CELULAR

## MOTIVO DO ACIONAMENTO:

*...*

ACIONAMENTO

[ ] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO

INÍCIO 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 Adicionado

## VIOLENCIA

- [ ] RAB  
[ ] RAP  
[ ] Espancamento  
[ ] Violência Doméstica  
[ ] Violência Sexual  
[ ] Tentativa de suicídio

## OUTROS

- [ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto  
[ ] Queda, Altura arox.:  
[ ] Acidente Doméstico  
[ ] Queimadura Agente  
[ ] Afogamento  
[ ] Agressão p/animal

## PEDESTRE

- [ ] Atropelamento [ ] CICLOVIA  
[ ] V.A [ ] CALÇADA [ ] FAIXA

## MOTOCICLETA / BICICLETA

- [ ] Colisão MOTO X  
[ ] Cadeira de moto  
[ ] Atropelamento  
[ ] Queda de Bicicleta  
[ ] Piloto

## [ ] Outro:

[ ] Garupa

## VIAS AÉREAS

- [ ] Livre  
[ ] Obstrução Parcial  
[ ] Obstrução Total  
[ ] Corpo estranho  
[ ] Edema de Glote  
[ ] Outro

## VENTILAÇÃO

- [ ] Eupneica  
[ ] Apréxia  
[ ] Dispnéia  
[ ] Bradipneia  
[ ] Taquipneia  
[ ] Roncos  
[ ] Sibilos  
[ ] Respiração paradoxal

## AVALIAÇÃO INICIAL

## CIRCULAÇÃO

- [ ] Normocárdico  
[ ] Bradicárdico  
[ ] Taquicárdico  
[ ] Arritmia:  
[ ] Enchimento capilar acima de 2"  
[ ] Ausente  
[ ] Cianose central  
[ ] Cianose de extremidade

## AVAL. NEUROLOGICA

- [ ] AVDN  
[ ] Miose  
[ ] Midriase  
[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E  
[ ] Aparentemente Estilizado

[ ] GLASGOW

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Inicio	142/80	120	18	97%				
Fim	142/80	118	18	97%				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	
[ ] Corada	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Escoriações	[ ] Dor	[ ] Escoriações	
[ ] Quente	[ ] Escoriação	[ ] Escoriações	[ ] Lacerações	[ ] Escoriações	[ ] Lacerações	
[ ] Palida	[ ] Laceração	[ ] Lacerações	[ ] Hematoma	[ ] Lacerções	[ ] Distorcido	
[ ] Fria	[ ] Hematoma	[ ] Ferimento ocular	[ ] Desvio da traquéia	[ ] Contusão pulmonar	[ ] Em tábua	
[ ] Úmida	[ ] Afundamento	[ ] Luxação	[ ] Enfisema Sub-Cutâneo	[ ] Férula Aspirativa	[ ] Doloroso	
[ ] Seca	[ ] Fer. penetrante	[ ] Mandíbula	[ ] [ ]	[ ] Empalamento	[ ] Evisceração	
[ ] Cianótica						
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	OCULAR	VERBAL	MOTORA
[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Contusão	4 Espontânea	5 Orientado	6 Obedece a comandos
[ ] Escoriações	[ ] Hematoma	[ ] Escoriações	[ ] Escoriações	3 Ao comando	4 Confuso	5 Localiza a dor
[ ] Dor	[ ] Dor	[ ] Luxações	[ ] Luxações	2 À dor	3 Palavras	4 Movimento de retirada
[ ] Instabilidade	[ ] Escoriações	[ ] Lacerções	[ ] Lacerções	1 Sem resposta	inapropriadas	3 Flexão anormal
[ ] Crepitação	[ ] Crepitação	[ ] Fratura	[ ] Fratura		2 Palavras	2 Extensão anormal
		[ ] Amputação	[ ] Amputação		incompreensíveis	1 Sem resposta
		[ ] Crepitação	[ ] Crepitação			

## AVALIAÇÃO CARDIÁCA

		AFLAÇÃO CLÍNICA		HIS		
[ ] Rítmo Sinusal	[ ] Fibrilação atrial	[ ] Respiratória	[ ] Digestiva	[ ] Diabetes	[ ] Alergias	
[ ] Taquicardia	[ ] Fibrilação ventricular	[ ] Neurológica	[ ] Infeciosa	[ ] Cardiopatia	[ ] Outros	
[ ] Bradicardia	[ ] Assistolia	[ ] Psiquiátrica	[ ] Obstétrica	[ ] HAS		
[ ] Fibrilar		[ ] Metabólica	[ ] Outra	[ ] Medicação de uso		
		[ ] Cardiovacular				
		[ ] Aberta				

SABEM SEGURODORA S.A.

11 OUT 2018

## GRAVIDADE PRESUMIDA

[ ] ILESO

[ ] PEQUENA

[ ] MÉDIA

[ ] SEVERA

[ ] ÓBITO EVIDENTE

## INCIDENTE

[ ] Cancelamento

[ ] Recusa de Atendimento

[ ] Não se encontrava no local - EVASÃO

[ ] Recusa de hospitalização

[ ] Trote

[ ] Bombeiro no local:

## MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- [ ] Polícia Militar  
[ ] Guarda Municipal  
[ ] SMTRAN  
[ ] Bombeiro  
[ ] Outros:

[ ] Iniciada as: \_\_\_\_\_ [ ] Término as: \_\_\_\_\_

[ ] RCP com sucesso

[ ] RCP sem sucesso

[ ] Obs:

## OBSERVAÇÕES

[ ] C/ Cura

[ ] C/ Cura

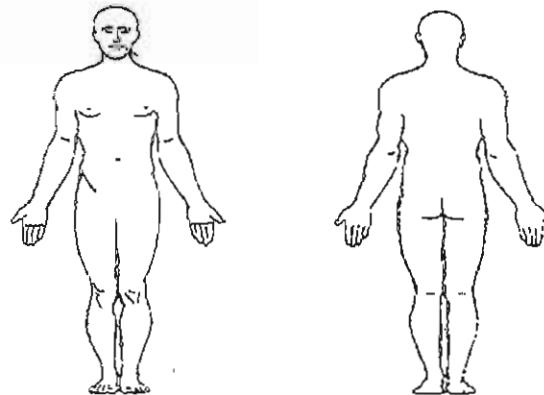
CONFERE COM O ORIGINAL  
11/10/18

RCP

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Ins - HLI <input type="checkbox"/> Outros
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.		
PERTECE DO+ PACIENTE	Assinatura do Paciente:	SABEMI SEGURADORA S/A	
		11 OUT. 2018	
		RECEBIDO	
TERMO DE RECUSA	Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor: <input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade; <input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade; Assinatura do Paciente: _____ RG: _____ <b>TESTEMUNHA 01:</b> _____ RG: _____ <b>TESTEMUNHA 02:</b> _____ 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 Ocular	Classificação	Pontos
Abertura ocular completamente e estimulada	Estimulada	5
Abertura ocular com tom de voz normal ou um vez alta	0,5 Km	3
Abertura ocular a dezenas de centímetros da estimulação dos olhos	0,5 Km	2
ausência persistente de abertura ocular sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Olhos fechados	0
Resposta verbal	Resposta	0
Resposta a percepção relativamente ao nome, local e data	Consciência	5
Consciência mas orientação nas comunicações correntes	Orientado	4
Próximas fases da consciência	Ubiante	3
Ações corretivas	Soma	2
Ausência de respostas a estímulos, sem fatores de interferência	Ausente	1
Interfere com a comunicação	Olhos fechados	0
Resposta motora	Resposta	0
Consciência de ordens com 2 doses	A orientar	5
Consciência de mão e pé no nível da clavícula ou estimulação do lado do dorso	Localização	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, dorso predominantemente não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, dorso predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Consciência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Audiente	1
Interfere com a comunicação	Não Testado	NT



Paciente V. Leme, de aut. 315 - 012  
 com 100% de suor e 100% de ress. de  
 temperatura queimado.

BCG: 100000, BPF: 100000, BPI: 100000

AB = 9

AN = 9

ext = pulsos normais e fortes

CD = 3000000 de pulso  
 tricloforo pulso 60

Edson Soárez Pinto  
 Enfermeiro  
 COREN-260.099-Enf

ASSINATURA E CARIMBO

CONFIRME COM UC  
 EM 17/08/18  
 Taf



**ELETROBRAS 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

SABEMI SEGURADORA S/A

autenticação mecânica

11 OUT 2018

RECEBIDO

recorte aqui



**ELETROBRAS 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





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

SABEM SEGURO D'ÁGUA S/A

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 1347705

11 OUT 2018

**ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO**

AV DRA YANDARA, 3573 , LT 01

CENTRO

69373000 RORAINOPOLIS

RECEBIDO

KK

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



**ELETROBRAS 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu John Dímenis de 2017. Neto inscrito (a) no CPF 350.393.433-18,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roberto Vieira de Souza Inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 280.825.522-04, do sinistro de DPVAT cobertura Investidor da Vítima  
Roberto Vieira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 280.825.522-04, 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. Vendava</u>		
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ribeirão Preto</u>
Email			
	Número	Complemento	
	<u>3523</u>		
	Estado	CEP	
	<u>SP</u>	<u>09323-000</u>	
	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>195135023-9134</u>		

302 Visto. Ok de Outubro de 2018  
 Local e Data

J.L.  
 Assinatura do Declarante

<b>SABEMI SEGURADORA S/A</b>
11 OUT 2018
<b>RECEBIDO</b>

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

Rosâlia Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde

30.07.18

2

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: Fábio Jecirá de Souza Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Tipo Doc: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raga/Cer: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Pai: \_\_\_\_\_ Contatos: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Class. de Risco: \_\_\_\_\_ Plano Convênio: \_\_\_\_\_ N° da Carteira: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_ Autorização: \_\_\_\_\_ Sis Prenatal: \_\_\_\_\_

Motiva do Atendimento: \_\_\_\_\_ Caráter do Atendimento: \_\_\_\_\_ Profissional do Atend.: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Pressão: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Tipo da Chegada: \_\_\_\_\_ Procedimento Sol: \_\_\_\_\_ Registrado por: \_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  Síndrome Febril  Sintomatismo Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: \_\_\_\_\_ GSC: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: \_\_\_\_\_ h) AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

*Movimento com friimento conforto de fingga*

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

*NEURISIS DO OMENTO FRIMONTEMA FINGA*

SADT - Exames Complementares: \_\_\_\_\_

RAO-X  ULTRASON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

PREScriÇÃO: \_\_\_\_\_ APRAZAMENTO: \_\_\_\_\_ OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

*ESCOLARIZ. EVOLUÇÃO*

*15/23/10*

*8.2014*

*queixa*

*10/07/2014*

<

VERDE

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

1800988992	31/07/2018 14:29:09	FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA	DIA/RNO 07-19
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
PABLO VIEIRA DE SOUSA		04/10/1980	37 A 9 M 27-D	3898002766342488	78082552204
Identidade	4136438	Órgão Emissor	Data Emissão	Naturalidade	Prontuário
Mãe		Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE SOUSA		M		PARDA	BRASILEIRA
Endereço		Pa	N	Contato	
RUA - IVONE PINHEIRO - 890 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR		N	N	(95) 99173-7948	Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	S e Prioritário
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend			
SPA - PRONTO ATENDIMENTO	URGÊNCIA			Temp.	Peso
Setor	Tipo de Chegada			30,00	Próssimo
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTÂNEA				140 x 80
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Sintomas e Febre <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				Registrado por:
CORTE NA LINGUA, HEMATOMA EM OLHO "E", DOR EM OMBRO "D", FERIMENTO "M" POUT/2018					CASSIA.ANDRADE
Anamnese de Enfermagem					TOTAL
NEGA HAS, DM OU ALÉRGIAS A MEDICAMENTOS. SEM FITAS FÁRMACOS DEXTRANOL - RECEBIDO					RECEBIDO
Exame Físico	Paciente relata que no dia 23/07/2018 sofreu acidente de moto com fratura em ombro (D) e região lumbar (E), evoluindo com dor e limitação do movimento do membro.				
Hipótese Diagnóstica	Suspeita de contusão e hematomas à palpação da clavícula e por percussão wristel.				
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
① Tencuronium 40 mg (EV) - 16/07/18 ② Dipirona 1g					
Conducta	<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: Urtiopedia				
Óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	IML: Anatomia Patológica			

Impresso por: ludymilla.farias  
Data/Hora: 31/07/2018 14:43:22

### Código de Assinatura do Médico

A standard linear barcode is positioned at the top of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

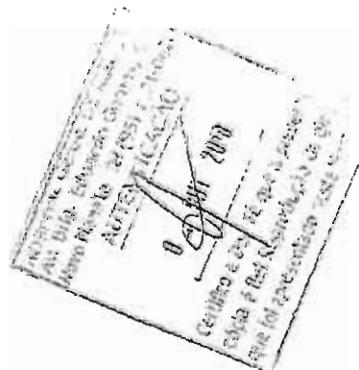
44 Urtupará - Dr. Edilson

Paciente vítima de acidente de moto operado  
por um out. automóvel. Rx medicina  
Rx em 1/3 letim de óxido de

CD: A<sub>o</sub> anticoagulante M.H.

Gastroenter.

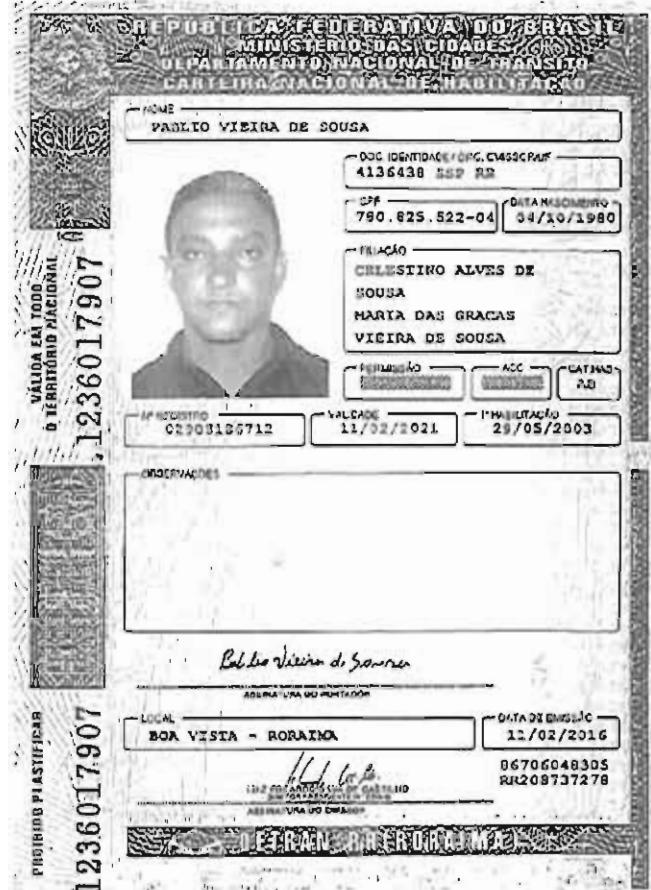
Dr. Fernando Freire  
Med. Pediátrico. Ortopedista. Traumatologista  
CRM-PB



SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

**RECEBIDO**





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1540631236

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1540631236

NOME

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. 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. M

AB

Nº REGISTRO

04291531595

VALIDADE

29/09/2022

1ª HABILITAÇÃO

11/02/2008

OBSERVAÇÕES

A

*Antônio Ximenes de Macedo Neto*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO

02/10/2017

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO  
DETRAN-RR

05866861452  
RR209399864

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

## Consulta de Veículos na Base Local

## DADOS DO VEICULO

Placa: NAH3911 Chassi: 9C2JC1801KR203201 Renavam: 00149145179 Remarcado(S/N): N  
 Situação: 1-EM CIRCULACAO  
 Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA  
 Categoria: 01-PARTICULAR Marca:  
 Ano Mod: 1989 Ano Fab: 1989 Cor: 11-PRETA  
 Combustível: 02-GASOLINA N° Motor:  
 Placa Seguro: 09 Ano de Licensciamento: 2007 Carroceria:  
 Deficiente Físico:  
 Roubo/Furto: N Data da Última Atualização: 27/12/2007 Selo Idoso:  
 Observações: VEIC LEILAO 001/07 LT 217  
 Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMÍNIO

## Número de autorização:

## DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: MARCOS DA SILVA CPF: 769.435.932-34  
 Endereço: R ESTRELA CELESTE N°: 841 Bairro: RAIAR DO SOL  
 Complemento: NUM Cidade: BOA VISTA Cap: 393.8076-  
 Data Aquisição 0km: // Valor 0km: 0,00 N° Doc. Aquisição: 001452  
 Data Transferência: 20/12/2007 Valor: 1385,00

## PROPRIETÁRIO ANTERIOR

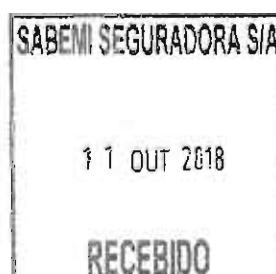
Nome: ANTONIO ANANIAS SÁMPAO SILVA FILHO CPF/CNPJ: 382.464.061-72  
 Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

## DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 02/01/2008 N° CRV: \*\*\*\*\* Data CRLV: 28/2/2007 N° CRLV: 7433639846

## ALTERAÇÕES / REMARCAÇÕES

Placa Anterior: NL911 UF: RR



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

SABEMI SEGURADORA S/A

11 OUT 2018

RECEBIDO

### OUTORGANTE:

NOME: Roblio Vieira de Souza  
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Eletricista  
NACIONALIDADE: Brasileiro CPF: 280.825.522-04  
IDENTIDADE: 4136438 ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/RR  
ENDERECO: Rua Juazeiro Pinheiro, 800, Tancredo  
Neves Be 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.  
ENDERECO: 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 estabelecer 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.

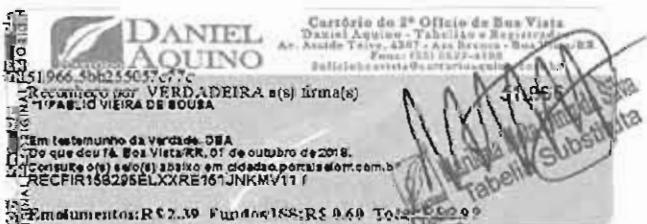
Be Vista, 01 de outubro de 2018.  
LOCAL E DATA



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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** PABLIO VIEIRA DE SOUSA

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO

ELIANE FALK