

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: 2380907320190620102308

Processo 0815029-50.2019.8.23.0010 ☆ - (34 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

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

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

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor de Justiça ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

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

Descrição:

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
- 12	20/06/2019 10:23:08	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
12.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,2604072ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDFPúblico 12.2 Arquivo: COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,2604072ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDFPúblico			
11	11/06/2019 16:50:45	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de WALDISLEY BASTOS DA COSTA) em 11/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO (05/06/2019) e ao evento de expedição seq. 10.	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado
10	05/06/2019 17:43:39	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de WALDISLEY BASTOS DA COSTA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO (05/06/2019)	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário
+ 9	05/06/2019 17:15:15	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8	01/06/2019 09:47:44	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 03/06/2019 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
+ 7	30/05/2019 14:32:09	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário
+ 6	29/05/2019 18:00:53	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado
5	16/05/2019 17:24:21	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	16/05/2019 17:24:20	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	16/05/2019 17:24:20	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	16/05/2019 17:24:20	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
+ 1	16/05/2019 17:24:20	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08150295020198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WALDISLEY BASTOS DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 18 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALDISLEY BASTOS DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000000006229-4

Nr. da Autenticação 9316E41DBF3EA575

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034565 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDISLEY BASTOS DA COSTA **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E GROSSEIRA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E MÃO ESQUERDA. DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO E MEMBRO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA EM JANEIRO/2018

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU MODERADO

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM ANÁLISE DO MÉDICO EXAMINADOR, A FRATURA DO PUNHO ESQUERDO CONSOLIDOU-SE DE MANEIRA VICIOSA IMPACTANDO COM PREJUÍZO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Juliana Amendola A Bianchi

CRM do médico: 52.84127-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Juliana Amendola A Bianchi

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do Examinado(a): WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua OP XII 738 Operário

Identificação - Orgão Emissor /UF/ Número: 382.506.672-04

Data e local do exame: Boa Vista/RR, 29/01/2018

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s):

VÍTIMA DE ACAPOTAMENTO DE CARRO SOFREU FRATURA DO PUNHO E. NO EXAME FÍSICO OBSERVO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA GROSSEIRA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E MÃO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO E MEMBRO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? (X)Sim ()Não

*** Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V *), se necessário.**

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? (X)Sim ()Não

*** Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*).**

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E RECEBEU ALATA EM JANEIRO/2018

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? (X)Sim ()Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MSE DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

*** Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o cano permanente no item IV opções "b"**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações *.

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela): MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações *.

() Total = "100% da IS"

V. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal:



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

Carimbo com nome e CRM

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

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



1700858740		30/10/2017 19:24:50		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 10	
Paciente WALDISLEY BASTOS DA COSTA		Data Nascimento 10/12/1975		Idade 41 A 10 M 20 D		CNS 126869940200008	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento M		Órgão Emissor Data Emissão SOITEIRO (APARDA)		CPF 07	
Mão NILZA BASTOS DA COSTA		Estado Civil Pai		Raça/Cor BRASILEIRA		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - OP-12 - 738 - OPERARIO - BOA VISTA - RR		Contato (95) 99130-2469		Ocupação			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento OUTROS		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Autorização	
Sede GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Quaixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente com queda no ultimo dia 5 horas.							
Exame Físico Begido, PA, Espúo						ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 JAN 2019	
Hipótese Diagnóstica fratura de pulso TE						GENTE SEGURADORA S/A Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Boa Vista - RR	
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
① Difenidramina 1g ②							
③ clonit 10g ④							
A ortopedia							
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Má 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____							
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: atlas.gonzaga Data Hora: 30/10/2017 19:25:37		30/10/2017					
1700858740							

Ortopedia / 13:35h

paciente com fratura de rádio distal

E.

Edema discreto e dor.

Rx: fratura de rádio distal.

Sem desvio.

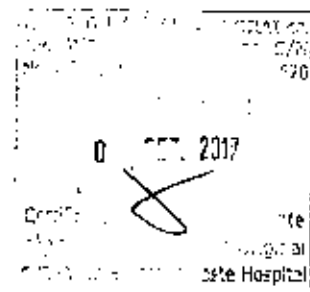
o.p: Gesso avulsão-palmar.

Retorno HCM 8/11/17.

An

Analgésico

Bruno Bruno Rodrigues Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Waldiney B. Costa RECEITUÁRIO

laudo

laudo com fratura de rádio
distal dia 30-10-17. Em trata-
mento ortopédico. Deve apar-
tar suas atividades por
60 (sessenta) dias

DATA 3.11.17

Assinado por: Dr. Waldiney B. Costa
Médico
CREMER 1788

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.400/0001-90

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Rua Coronel Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

André Daniel Aguiar
serviços gerais
tel. 99130-2469



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Gestão Estratégica e Administração
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Comunicação do Resultado do Exame Médico - Pericial

Nome: WALDISLEY BASTOS DA COSTA Lotação: SEED Matrícula: 40001611

- ☐ Servidor está **INCAPAZ** definitivamente para o serviço público a partir de/...../.....
- ☐ O pedido de licença foi **INDEFERIDO**
- ☒ O servidor está incapacitado de 29/12/17 até 27/02/18 para o exercício de suas funções-
- ☒ SAÚDE PRÓPRIA
- ☐ ASSISTENCIA A PESSOA DA FAMÍLIA
- ☐ ACIDENTE EM SERVIÇO
- ☐ LICENÇA MATERNIDADE
- ☐ Está o servidor **INCAPAZ** para o exercício de funções correlatas? () Sim () Não
- ☐ O servidor encontra-se **APTO** para o exercício de suas funções.
- ☐ Notificou **ACIDENTE EM SERVIÇO** sem necessidade de afastamento.

Ciente do Servidor

Boa Vista - RR, 03/01/18

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Assinatura do Servidor

Assinatura e Carimbo do Membro da DPMST

Dr. Camilo José T. Salomão
Membro da JMI/SECAD
RR-RR 108

LOS - DPMST
VERIFICADO

03 JAN 2018

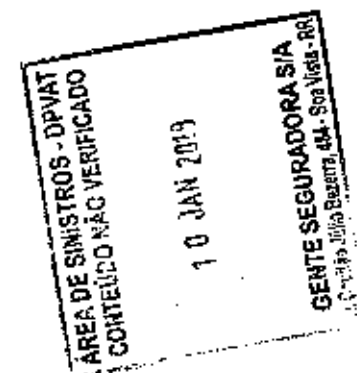
SEGURODORA S/A
Rua 404 - Boa Vista - RR


Sônia Sônia Vitor Ramos
FICAD / DPM / SEED
Mat. 020114412

DIVISÃO DE CADASTRO - DICAD/DRH/SEED
RECEBIDO
EM 06 / 11 / 2017
HORA 1
ASS Fátima S. V. Paiva



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Gestão Estratégica e Administração
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



Comunicação do Resultado do Exame Médico - Pericial

Nome: WALDISLEY BASTOS DA COSTA Lotação: SEED Matrícula: 40001611

- ☐ Servidor está INCAPAZ definitivamente para o serviço público a partir de/...../.....
☐ O pedido de licença foi INDEFERIDO.
☒ O servidor está incapacitado de...30/...10/...13...até...28/...12/...13...para o exercício de suas funções-
(X) SAÚDE PRÓPRIA
() ASSISTENCIA A PESSOA DA FAMÍLIA
() ACIDENTE EM SERVIÇO
() LICENÇA MATERNIDADE
☒ Está o servidor INCAPAZ para o exercício de funções correlatas? (X) Sim () Não
☐ O servidor encontra-se APTO para o exercício de suas funções.
☐ Notificou ACIDENTE EM SERVIÇO sem necessidade de afastamento.

Ciente do Servidor

Boa Vista - RR, 06 / 11 / 13

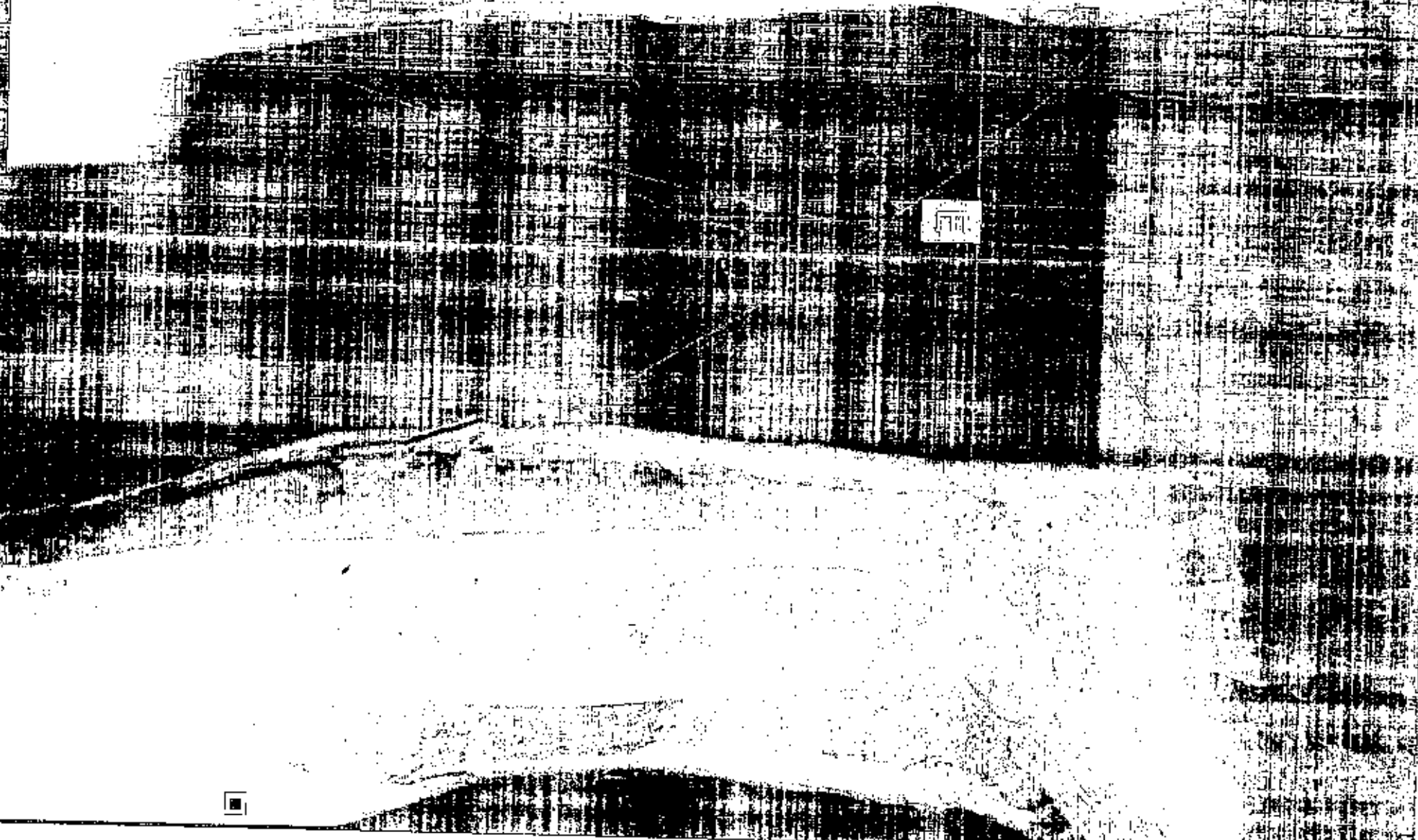
WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Assinatura do Servidor

MÁRCIA MARCELO FONSECA
Membro da DPMST

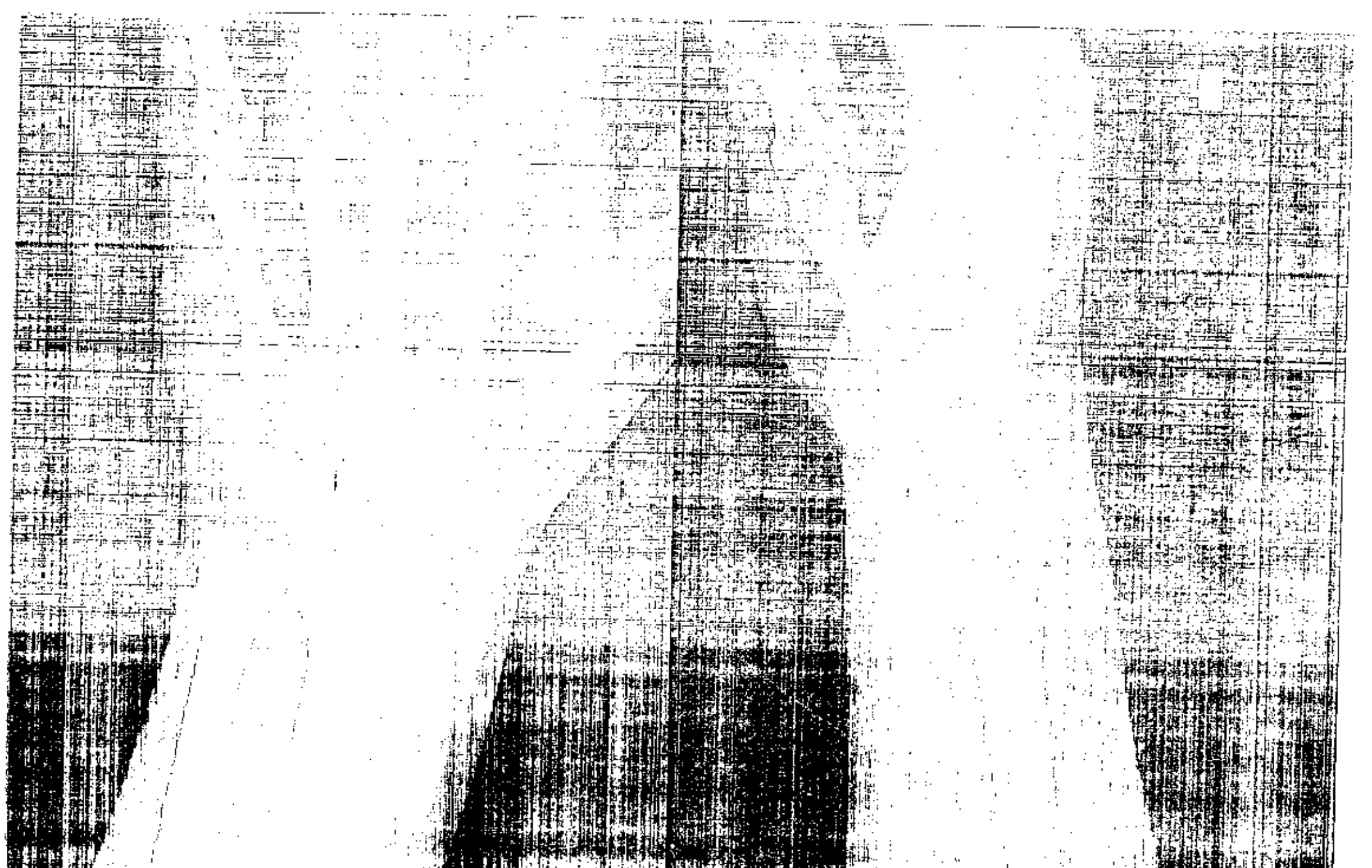
Assinatura e Carimbo do Membro da DPMST

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION





06/02/2011 10:06:11 AM
BOSTON
BOSTON
BOSTON



80.9%

30/10/2017 19:09:52

84.4%

30/10/2017 19:09:52

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CAMINHO VERDE DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 JOSE DE SOUSA VIANA

DOC. IDENTIFIC. (CAR. BRASILEIRO)
 120677 832 BR

CPF
 302.513.162-20

DATA NASCIMENTO
 09/02/1968

FILIAÇÃO
 JOSE MARIA DE JESUS
 VIANA
 MARIA JOANA DE SOUSA

PERMISSÃO
 01/12/2015

CAT. HAB.
 11/12/1992

REGISTRO
 00108172605

VIAGEM
 01/12/2015

IDENTIFIC. AD.
 11/12/1992

ASSINATURA

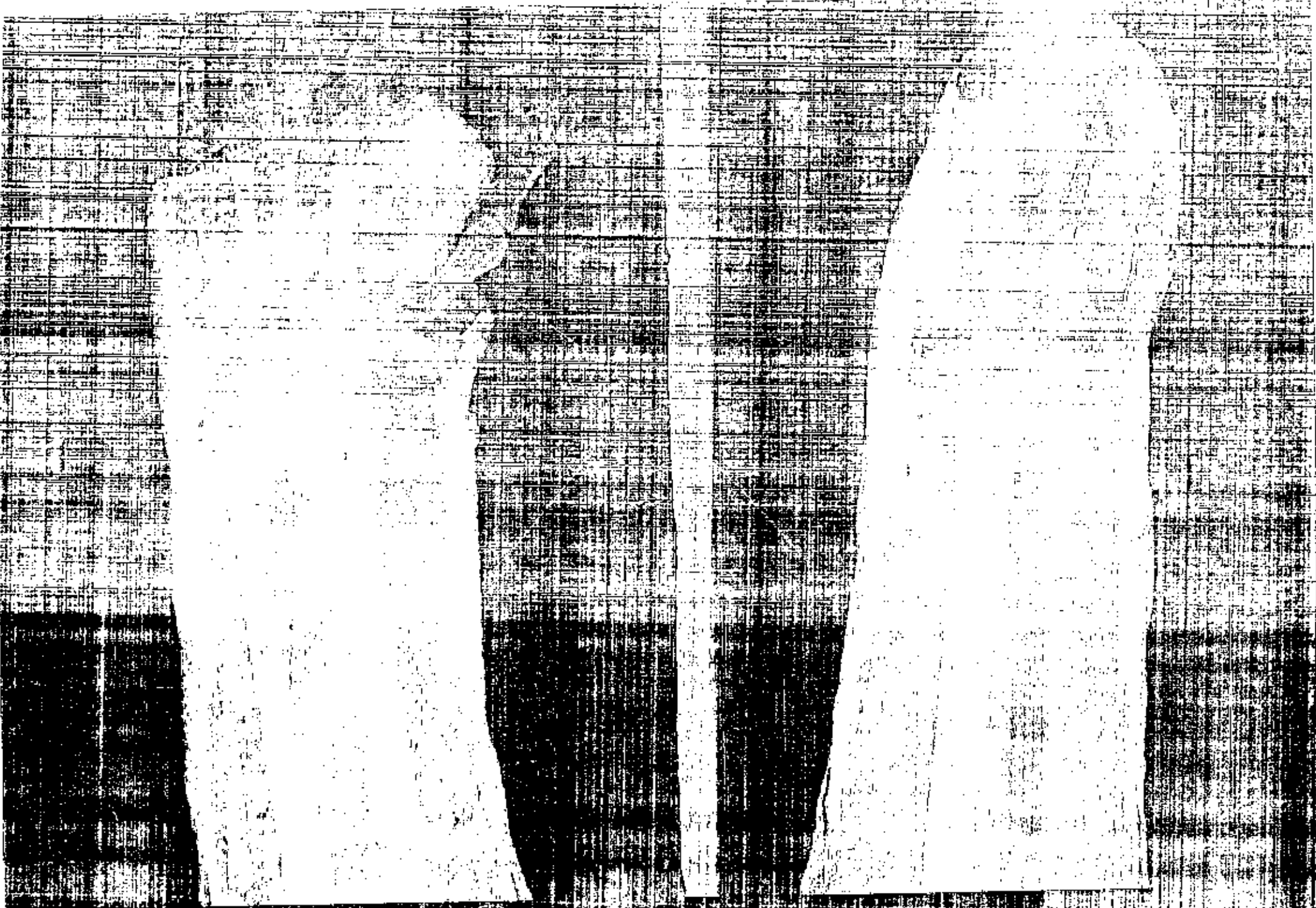
LOCAL
 RUA VISTA - BOCAIM

DATA DE EMISSÃO
 02/12/2015

95978672516
 RR209048760

1356318774

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO HAJ VERIFICADO
 10 JAN 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Caixa 1000, Centro, 44.150-000 Vitória - ES



WALDISLEY BASTOS DA COSTA

PRINCIPAL GERAL DE RORAIMA

30/10/2017 15:09:52

821

PMRR-1ºBPM**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**SÉRIE J
Nº 065802

Vt/	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fi
646	1ºBPM	30/10/17	LESTE	17:25	17:25	17:35	18:30
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fim			
1003/1001	13999	*****	30555	30567			

LOCAL DE OCORRÊNCIAEnd.: **RR 205 - ENTRADA DO VILA JARDIM** Bairro: **Cidade Satélite** Refe.: **Rotatória****PESSOAS RELACIONADAS**

1	Conductor	Nome: Não identificado	Idade: --	E. Civil: --
Endereço: -----				
Edt. R.G.	CNI	Profissão:		
2	Proprietário	Nome: Juventino Gomes Nerys	Idade: --	E. Civil: --
Endereço: -----				
Edt. R.G.	CNH	Profissão:		

Objetos apreendidos; documentos e varias

01- CRLV do veiculo de placa JXA-8411 Peugeot de cor prata

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 07-11-17
PC ADAMSON

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA *Juventino* CARGO **HPC** LOCAL **3º DP 01 18:30H****HISTÓRICO****Senhor(a) Delegado(a) do 3ºDP**

Venho por meio deste, informar a vossa senhoria que conforme determinação da CIOPS, deslocamos ao endereço acima citado para averiguar uma ocorrência de acidente de transito no local acima citado. Ao chegamos ao local fizemos contato com populares que lá estavam que nos informaram que um senhor trafegava na RR 205 entrada do VILA JARDIM mais precisamente na rotatória o mesmo teria batido no canteiro da rotatória vindo a perder o controle do veiculo e vindo a capotar. Ainda segundo os populares presente no local o individuo que conduzia o veiculo saiu do veiculo após o capotamento se sentou por alguns instantes e em seguida abandonou o local do acidente. Informo ainda que o veiculo não possuía restrição e estava em situação regular e que o veiculo ficou no local do ocorrido tendo em vista ninguém conhecer o condutor e que o acidente não causou danos a terceiros. Informo ainda em tempo que até o fechamento dessa ocorrência policial nenhum cidadão se apresentou sendo o condutor do veiculo e nem deu entrada no hospital HGR com envolvimento em acidente. Que o veiculo de placa JXA-8411 Peugeot de cor prata apresenta avarias em todo o veiculo. É o relato.

ANTONIO MARQUES

41.551-0

Nº

SD/PM

Pasta/Graduação

1ª CIA/1ºBPM

SUOp

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 144 - Boa Vista - RR

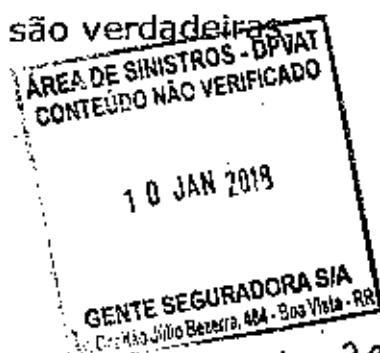
DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

EU: WALDISLEY BASTOS DA COSTA,
portador da carteira de identidade de nº 119.016 SSP/RR, e
CPF nº 382.506.672-04, residente e domiciliado à
RUA - OP. XII Nº 738 BAIRRO OPERARIO,
na Cidade de BOA VISTA - Roraima.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial à Seguradora
Lider dos Consórcios que, fui socorrido por terceiros e levado ao
pronto socorro, mesmo existindo serviço de atendimento de
emergência na cidade. Tal feito se deve a insuficiência técnica e
operacional do serviço, onde a demanda não é suprida por falta de
investimento do poder público.

Declaro sobre as penas da Lei nº 7.115/83 e do art. 299 do Código
Penal Brasileiro, que as declarações acima são verdadeiras.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos.



BOA VISTA, 04 de JANEIRO de 2018

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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 ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

382.506.672-04

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WALDISLEY BASTOS DA COSTA		CPF titular da conta 382.506.672-04	Profissão Recusou
Endereço RUA OP XII		Número 738	Complemento
Bairro OPERARIO	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.316-294
Email memato Silva 638 @ gmail. com			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRAPFSCO (234) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (1341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL RND 003 AGÊNCIA NRG. 1036 DUV 7 CONTA NRD. 6.229 DUV 4 (Informar dígito se existir) (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 Lider 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 JANEIRO de 2018

Local e Data

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
03/01/2018 AUTO-ATENDIMENTO 15:51:45
783773753 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: WANDISLEY BASTOS DA COSTA
AGENCIA: 1036-7 6:229-4

SALDO

JUROS DISPONIVEL
0:00 TOF

BOMPRATODOS

Redução nas taxas de Juros e aumento no crédito
Banco do Brasil BOMPRATODOS
INFORMACOES CDC INDISPONIVEIS

Leia no verso como conservar este documento
entre outras informações

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso de Mello Bazzari, 484 - Boa Vista - RR

415504



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040651/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2017 11:47 Data/Hora Fim: 07/11/2017 12:02
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM SERIE J Nº065802 Data: 30/10/2017
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 30/10/2017 17:25

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RR 205

Bairro: Cidade Satélite

Complemento: ENTRADA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: WALDISLEY BASTOS DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Caracará

Sexo: Masculino

Nasc: 10/12/1975

Profissão: Funcionário Público

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Nilza Bastos da Costa

Nome do Pai: Milton Getil da Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Op XII

Nº: 738

Complemento: Casa

Bairro: Operário

Telefone: (85) 99130-2469 (Recado)

ÁREA DE PROTEÇÃO - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

12 JAN 2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhone
Placa JXA8411	Número do Chassi 10254
Ano/Modelo Fabricação 2007/2006	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Caracará
Marca/Modelo PEUGEOT/206 14 SENSAT FX	Modelo PEUGEOT/206 14 SENSAT FX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Waldisley Bastos da Costa	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Adriano Silva Severino Santos
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 07/11/2017 12:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME O ROP/PMRR SÉRIE J Nº. 065802, informar a vossa senhoria que conforme determinação da CIOPS, deslocamos ao endereço acima citado para averiguar uma ocorrência de acidente de trânsito no local acima citado. Ao chegarmos ao local fizemos contato com populares que lá estavam que nos informaram que um senhor trafegava na RR 205 num veículo de Placa JXA-8411 Peugeot de Cor Prata sentido alto alegre/boa vista e que quando o veículo chegou à entrada do VILA JARDIM mais precisamente na rotatória, Que o mesmo teria batido no canteiro da rotatória vindo a perder o controle do veículo e vindo a capotar. Ainda segundo os populares presente no local o indivíduo que conduzia o veículo saiu do veículo após o capotamento se sentou por alguns instantes e em seguida abandonou o local do acidente. Informo ainda que o veículo não possuía restrição e estava em situação regular, Que o veículo ficou no local do ocorrido, tendo em vista ninguém conhecer o condutor e que o acidente não causou danos a terceiros. Que até o fechamento dessa ocorrência policial nenhum cidadão se apresentou sendo o condutor do veículo e nem deu entrada no hospital HGR com envolvimento em acidente. Que o veículo de placa JXA-8411 Peugeot de cor prata apresenta avarias em todo o veículo. É o relato. O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE NÃO POSSUI HABILITAÇÃO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA: QUE ERA O CONDUTOR DO VEÍCULO NO DIA QUE SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS. QUE APÓS O ACIDENTE FOI PARA A CASA DE UMA SOBRINHA QUE MORA PERTO DO LOCAL E SÓ PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO HORAS DEPOIS. QUE O VEÍCULO ESTÁ NO NOME DE JUVENTINO GOMES NERY S. É O ACRESCIMENTO/ADITAMENTO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

07.11.2017

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Waldisley Bastos da Costa
Comunicante

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Waldisley Bastos da Costa
Vítima

POLICIA MILITAR DE RORAIMA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) (recepta) responsável pelas informações acima relacionadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 334-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12353975

A/C: WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Nº Sinistro: 3180034565
Vítima: WALDISLEY BASTOS DA COSTA
Data do Acidente: 30/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001036-7

Conta: 000006229-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

