

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2685543120200409104731

Processo 0826720-61.2019.8.23.0010 - (225 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 <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória													
Filtros													
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:													
51 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 51													
500 por pág.	1												
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por										
JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE													
<input type="checkbox"/> 51	09/04/2020 10:47:31	Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (16/03/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">51.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 10%; text-align: center;"> 2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL03.pdf</td><td style="width: 10%;">Público</td></tr> <tr> <td>51.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> 2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr> </table>						51.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL03.pdf	Público	51.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público
51.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL03.pdf	Público										
51.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2641188IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público										
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA													
50	07/04/2020 02:32:21	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 46) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (16/03/2020) e ao evento de expedição seq. 48.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador										
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO													
49	30/03/2020 23:17:11	Para advogados/curador/defensor de JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 46) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (16/03/2020)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária										
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO													
48	30/03/2020 23:17:11	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 46) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (16/03/2020)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária										
DECORRIDO PRAZO DE PERITO PEDRO DI GIOVANNI													
47	20/03/2020 00:08:29	(Para Perito PEDRO DI GIOVANNI *Referente ao evento (seq. 42) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (10/02/2020) e ao evento de expedição seq. 44.	SISTEMA CNJ										
<input type="checkbox"/> 46	16/03/2020 08:55:21	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO	Arielly Né de Almeida Estagiária										
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA													
45	24/02/2020 00:07:04	(Pelo Perito PEDRO DI GIOVANNI(Leitura automática em 23/02/2020 às 23:59)) em 27/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 42) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (10/02/2020) e ao evento de expedição seq. 44.	SISTEMA CNJ										
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO													
44	12/02/2020 15:27:24	Para Perito PEDRO DI GIOVANNI com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (10/02/2020)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária										
HABILITAÇÃO PROVISÓRIA													
43	12/02/2020 15:27:13	Perito Oficial: PEDRO DI GIOVANNI habilitado até 12/04/2020 (60 dias)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária										
<input type="checkbox"/> 42	10/02/2020 18:04:25	DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado										
CONCLUSOS PARA DECISÃO													
41	06/02/2020 09:26:09	Responsável: DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária										
DECORRIDO PRAZO DE JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA													
40	06/02/2020 00:05:25	(P/ advgs. de JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA *Referente ao evento (seq. 33) JUNTADA DE LAUDO (05/12/2019) e ao evento de expedição seq. 36.	SISTEMA CNJ										
<input type="checkbox"/> 39	14/01/2020 10:50:35	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador										
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA													
38	14/01/2020 10:50:35	(Pelo advogado/curador/defensor de JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA) em 16/12/2019 com										



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

Processo: 08267206120198230010

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 **JOELMA DE OLIVEIRA 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. sobre a complementação da perícia médica realizada, 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. Conforme já evidenciado em perícia médica realizada em âmbito administrativo, podemos verificar que o autor não sofreu com invalidez permanente.**

DADOS DO SINISTRO							
Número: 3190138610	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente					
Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA	Data do acidente: 10/11/2018	Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A					
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA							
Data da análise: 01/04/2019 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Não Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. Sequelas permanentes: Sequelas: Sem sequela Conduta mantida: Quantificação das sequelas: Documentos complementares: Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.							
DANOS							
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano			
		Total	0 %	R\$ 0,00			

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, haja visita constar em documentos médicos que o autor estava com dor em clavícula direita, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

...: Guiia de Atendimento 17 ...

1801033224 10/11/2018 07:38:48		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA		27/08/1975	43 A 2 M 14 D	708706129423199	38237776291		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	117629	SSP RR	13/06/1994	F	Rapa/Cor	VITORINO FREIRE -	BRASILEIRA
Mãe					SOLTEIRO/APARDA	PAI	
FRANCISCA VILANI DE OLIVEIRA SOUSA					JOAO TELES DE SOUZA	Contato	(95) 99136-2596
Endereço						Ocupação	NÃO INFORMADA
RUA - UNIVERSO - 1312 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento						
Selar	URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					
Quelxa Principal:	DEMANDA ESPONTANEA					Registrado por: OZIRES PRADO	
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Queda de moto				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
Exame Físico				15 FEB 2019			
Dor em ambas							

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.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial o boletim de atendimento médico, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

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, 8 de abril de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Dantas, 454 - Boa Vista - RR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138610 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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



Laudo nº 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

LAUDO DE EXAME PERICIAL

Aos vinte e sete (27) dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezoito (2.018), nesta cidade de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, no **Instituto de Criminalística**, de conformidade com a legislação e os dispositivos regulamentares vigentes, pelo Diretor perito criminal da Policia Civil **Sttefani Pinheiro Ribeiro**, foi designado o Perito Criminal da Policia Civil **Jaci Caetano da Silva** para proceder a **Exame Pericial de Vistoria Danos Veicula**, a fim de ser atendida solicitação do Del. Dr. **Emerson Luiz Freire** do 5ºDistrito Policial, desta cidade, feita através da Requisição de Exame Pericial nº 6691/18/5ºDP, referente ao BO nº. 43.169/18/5ºDP, descrevendo fielmente e com todas as circunstâncias o que encontrarem e bem assim esclarecerem tudo quanto interessar possa.

1-HISTÓRICO:

Às 17h20min do dia supracitado, em cumprimento a requisição retro citada, a equipe Pericial compareceu na Rua Universo, numero 1312, no bairro Raiar do Sol na cidade de Boa Vista-RR, onde efetuou os serviços solicitados, em imóvel abaixo descrito.

2-DO LOCAL:

Trata-se de um imóvel residencial de alvenaria, murada, com telhas de fibrocimento, forro PVC.

O presente exame tem por finalidade informar e analisar as características do veículo e os danos que serão a seguir discriminados com o intuito de descrever todos os danos, características e condições do veiculo em apreço.

3-DO VEÍCULO:

O veículo foi examinado macroscopicamente e apresentava as seguintes características, coletadas a partir de exame de inspeção veicular:

Veículo Marca/modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125;

Placa: NAQ 0987 de (Boa vista-RR);

Cor predominante: BRANCA;

ANO: 2016/2016;

CHASSI: 9C2JC4830GR115101

MOTOR: JC48E3G115124

4. DOS EXAMES:

Ao examinarem o veículo em apreço, a equipe pericial constatou os seguintes características e/ou danos:





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA



Laudo nº 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

LAUDO DE EXAME PERICIAL

Pneus: em ótimo estado de conservação.

Estofamento: em ótimo estado de conservação.

Sistema elétrico: em ótimo estado de conservação;

Avarias: Ausência do espelho do retrovisor lado direito,

Ranhuras: Carenagem da lateral esquerda;

Empenamento: Estríbo lateral direito.

Não havia outros danos no veículo.

5-CONCLUSÃO:

Assim, em face do analisado e exposto, o Perito conclui que de acordo com os exames realizados, o veículo periciado, encontrava-se nas condições acima descritas, em conformidade com o corpo deste laudo e registrado nas fotografias.

Nada mais havendo a tratar, encerram o presente Laudo composto de quatro (04) folhas que, relatado pelo Perito, segue devidamente assinado.

Jaci Caetano da Silva
Perito Criminal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEVEREIRO DE 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Branco, 414 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA



Laudo n° 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

LAUDO DE EXAME PERICIAL

Fotos Digitais



AREA DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIF

15 FEB 2015

Foto 01 mostra visao geral do veiculo



GENTE SEGURADORA
Elo Júnior Bazarro, 414 - Bo

Foto 02 mostra outra visao do veiculo e placa de identificação



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA



ÁREA DE SIIISTROS - DPE/IC
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEB 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Laudo nº 2.236/18/DPE/IC/PC/SESP/RR

LAUDO DE EXAME PERICIAL

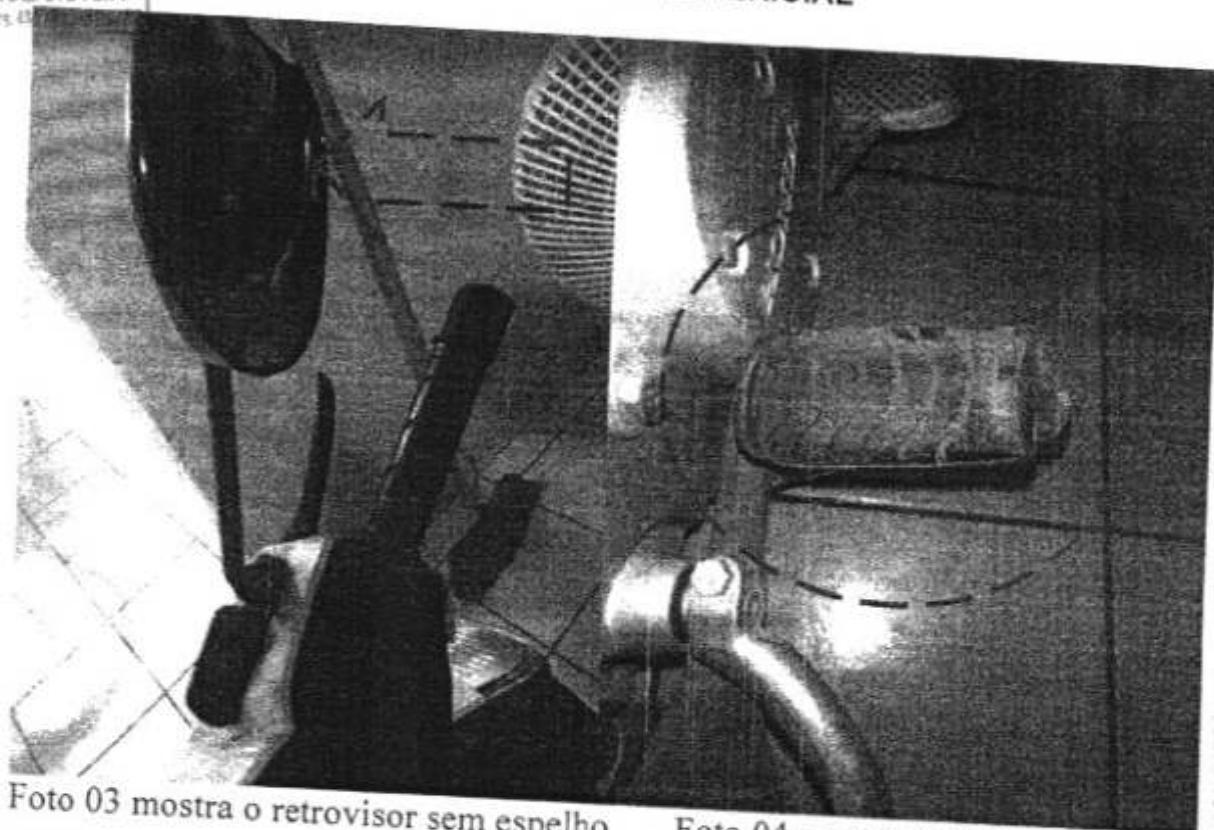


Foto 03 mostra o retrovisor sem espelho

Foto 04 mostra estribo empenado

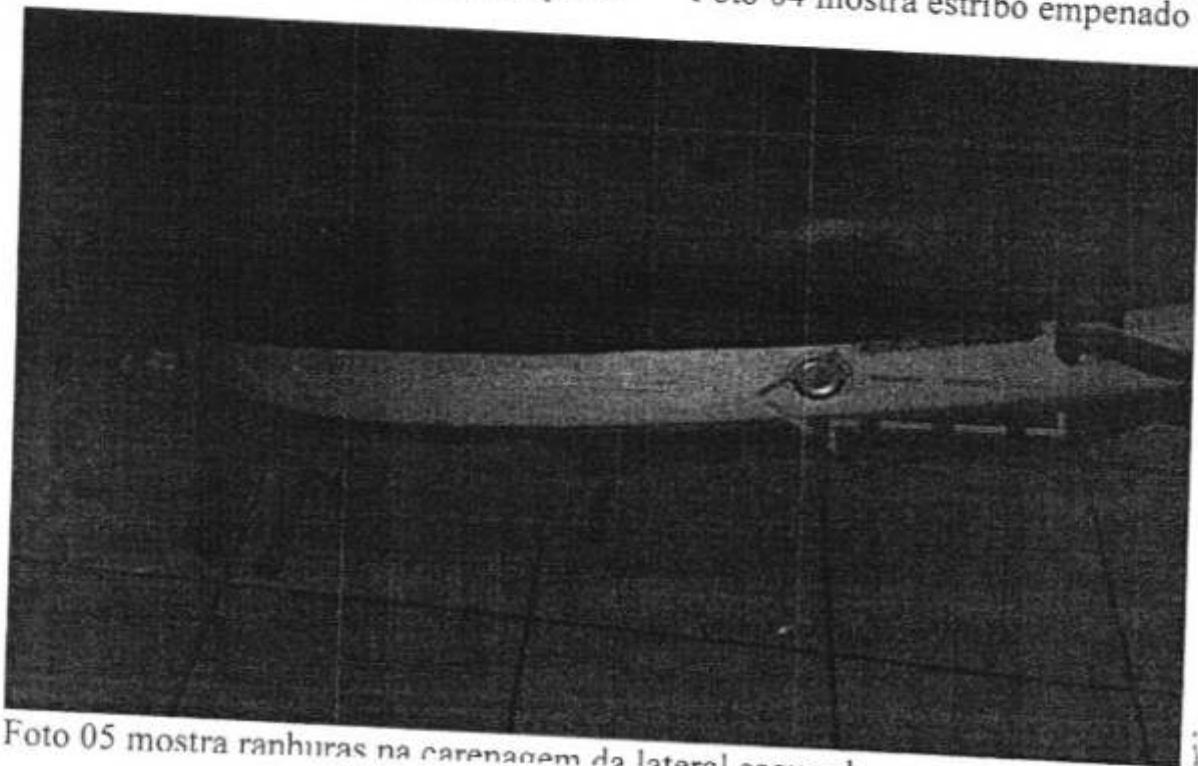


Foto 05 mostra ranhuras na carenagem da lateral esquerda

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138610 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEVEREIRO 2019

OUTORGANTE Nome: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão:

Identidade: 117629 SSP/RR CPF: 382.377.762-91

Endereço: Rua: UNIVERSO Nº 1312

Bairro: RAIAR DO SOL Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.316-049

GENTE SEGURADORA SIA
Av. Capitão Júlio Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

OUTORGADO:

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

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

Boa Vista RR 24/04/2019

Local e data

x Joelma de Oliveira Souza

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057814/19

Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

CPF: 382.377.762-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2018

Titular do CPF: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA : 382.377.762-91

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: 15/02/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ROSANGELA NUNES MASULLO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057814/19

Número do Sinistro: 3190138610

Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

CPF: 382.377.762-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2018

Titular do CPF: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 26/03/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ROSANGELA NUNES MASULLO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138610

Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138610

Vítima: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043169/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 15:33 Data/Hora Fim: 27/11/2018 15:50
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 10/11/2018 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Antonio Silvino de Alexandre com Av. Estrela Dalva

15 FEV 2019

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo do Local: Outro

Natureza

1224: Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública: (Art. 304 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

ÁREA DE BIMESTRES - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capital Júlio Borges, 111 - Boa Vista - RR

Melhor(s) Empregado(s)

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Feminino Nasc: 27/08/1975
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca Vilani de Oliveira Souza

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA UNIVERSO N°: 1312
Bairro: RAIAR DO SOL
Telefone: (95) 99115-3556 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Renavam: 1093003780

Placa: NAQ-0967

Número do Chassi: 9C2JC4830GR115101

Cor: BRANCA

Marca/Modelo: HONDA BIZ 125

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Joelma de Oliveira Souza

Depositário

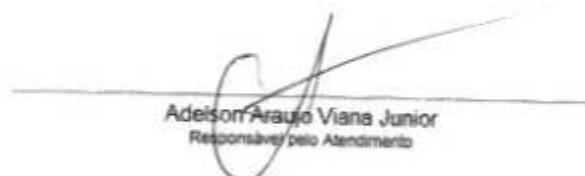
RELATO/HISTÓRICO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043169/2018

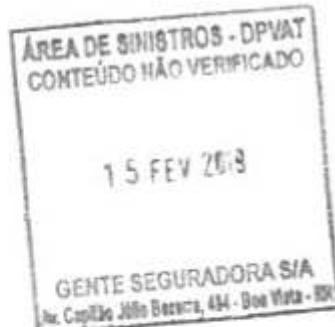
QUE na data em tela a vítima trafegava em sua motocicleta na rua Silvino entrando na av. Estrela Dalva quando sofreu uma colisão na sua lateral-esquerda ocasionada por um veículo não identificado e que evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE a vítima teve ferimentos e fraturas, além de danos na motocicleta; QUE ficou cerca de uma hora esperando socorro das autoridades, porém, como não chegou, um particular a levou ao Pronto Socorro Francisco Elesbão onde recebeu atendimento médico; QUE registra este para solicitar o seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Adelson Araújo Viana Junior
Responsável pelo Atendimento


Joelma de Oliveira Souza
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) Único(a) responsável pelas informações acima assinadas e declare que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 229-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043169/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 15:33 Data/Hora Fim: 27/11/2018 15:50
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleito: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/11/2018 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua Antônio Silvino de Alexandre com Av. Estrela D'ávila

15-FEV-2018

Barro: Rasa do Sol

Tipo do Local: Outro

Natureza

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

GENTE SEGUROADORA S/A

(a) Cada (b) Delegado(s) Empregado(s)

1224 Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública. (Art. 304 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vitório Freire

Sexo Feminino

Nasc: 27/06/1975

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca Viana de Oliveira Souza

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA UNIVERSO

Nº 1312

Barro: RAJAR DO SOL

Telefone: (95) 99115-3556 (Celular)

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

26 MAR 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

GENTE SEGUROADORA S/A

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Renavam: 1093003780

Placa: NAQ-0987

Número do Chassi: 9C2JC4830GR115101

Cor: BRANCA

Marca/Modelo: HONDA BIZ 125

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Joelma de Oliveira Souza

Depósito

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire
Impresso por: Adelson Araújo Viana Júnior
Data de Impressão: 27/11/2018 15:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

IPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

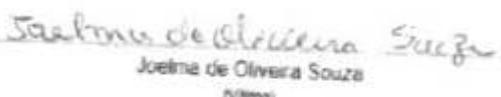
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043169/2018

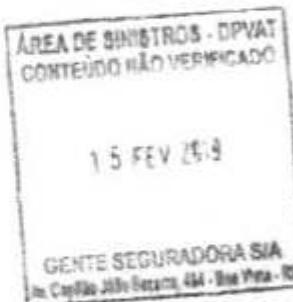
QUE na data em tela a vítima trafegava em sua motocicleta na rua Silvino entrando na av. Estrela Dalva quando sofreu uma colisão na sua lateral esquerda ocasionada por um veículo não identificado e que evadiu-se do local sem prestar socorro. QUE a vítima teve ferimentos e fraturas, além de danos na motocicleta. QUE ficou cerca de uma hora esperando socorro das autoridades, porém, como não chegou, um particular a levou ao Pronto Socorro Francisco Elesbão onde recebeu atendimento médico. QUE registra esta para solicitar o seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Adelson Araújo Viana Junior
Policial Civil - Delegado
APAT, 42000909


Joeline de Oliveira Souza
Vitima

"Declaro para os efeitos da lei de número 1.046/64 (Estatuto da Criança e do Adolescente), informar que assinante é menor que dezoito (18) anos de idade, conforme consta no artigo 239-Correspondência Telefônica e 163-Comunicação Física de Ofício ou de Correspondência no Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

382.377.762-93 JOELMA de Oliveira SOUZA

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

Nome completo:

Profissão: Autônoma	Endereço: KVA. UNIVERSO	CPF: 382.377.762-93
Bairro: RAIA do SOL	Cidade: Boa Vista	Número: 1312
E-mail: RECUSOU		Complemento: CEP: 69.336-049
		Tel.(DDD): 65193115-3656

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSOU INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3305 CONTA: 00003764 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ÁREA DE SIISSISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

AGÊNCIA: CONTA: 15 PEV 2019
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

SEGURO-DPVAT
Julio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, BOA VISTA, RR 12/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

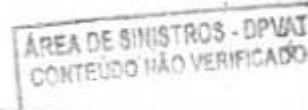
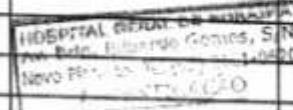
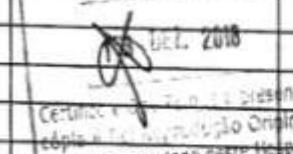
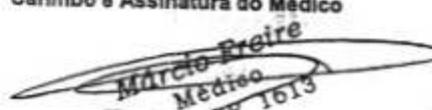
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

HG GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR7-RSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 1801033224 10/11/2018 07:38:48		1 ^a Classificação Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Vermelho
		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Laranja
		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Verde
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA							
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	DIURNO 07-19 1		
JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA	27/08/1975	43 A 2 M 14 D	708706129423199	38237776291			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Prontuário
IDENTIDADE	117629	SSP RR	13/06/1994	F	SOLTEIRO(A)	PARD	
Mãe					VITORINO FREIRE - MA	BRASILEIRA	
FRANCISCA VILANI DE OLIVEIRA SOUSA					JOAO TELES DE SOUZA		
Endereço							Ocupação
RUA - UNIVERSO - 1312 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR							NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor	URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			Registrado por:	
Queixa Principal						OZIRES.PRADO	
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
 Área de Sinistros - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO							
Exame Físico	15 FEV 2019						
 GENTE SEGURADORA SIA Av. Capitão João Beira, 111 - Boa Vista - RR							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input checked="" type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO							
1) Diplopia 10/10 2) Tiltis 10/10				08/20 Fabrício B. de Oliveira Técnica de Enfermagem CENAR-RR 7.231-TEC		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
						 HOSPITAL REGIONAL DE RORAIMA Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1.0400 Novo Progresso - RR - CEP 63000-000	
						 08/2018	
						Certidão: _____ Cópia: _____ Onde foi: _____	
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>D. Hospital</i>		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / : /					VACAS
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				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: ozires.prado Data Hora: 10/11/2018 07:39:27				 Marcio Freire Médico 1613			



CEP: 63.030-000/0115
BLOCO 02 ESTAÚAL, 0337-000-0
RUA MARQUES DE SANTOS, 219 - SALA 10000 - CEP: 30360-000

CAE
0800 280 9520
www.caesistrela.com.br

Matrícula: 1041355

Janeiro/2019

Dados do Cliente:

Rosaria Serrão Nunes

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.012.102.0281.004	7	3436	1
Hidrômetro:	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y11B087107	22/01/2015	LIGADO	FACTIVEL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	105	105	0
LEITURA INF.			33

DT. LEITURA 15/12/2018 17/01/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201812	1-0
201811	1-0
201810	1-0
201809	0-08
201808	1-0
201807	10-0
MÉDIA	2

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

INFORMAÇÕES DAS ANOTAÇÕES REALIZADAS NA ROTA DE DISTRIBUIÇÃO DECRETO FEDERAL N.º 5449 / 2005-G.M	CLOU	TURBO/42	CIR	C.TOTAL(R\$)	E.0001
ABERTURA	100	100	100	100	100
ENTREGUE	100	100	100	100	100
ANOTADA	100	100	100	100	100
CONFIRMAR	100	100	100	100	100

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

0 m³ 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2018 0,48
JUROS DE MORA 08/2018 09/2018 10/2018 1,60

VENCIMENTO: 15/02/2019

TOTAL A PAGAR

25,91

Via do Cliente



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	01/2019	15/02/2019	25,91

82610000000-7 25910004001-5 00104135501-5 01201960003-5



Via do
Cliente

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.803.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joelma de Oliveira Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.377.762 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Joelma de Oliveira Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.377.762 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			Número	Complemento
<u>Av. Manoel Felipe</u>	<u>Bairro</u>	<u>HSA BRANCA</u>	<u>1467</u>	
<u>Email</u>	<u>Cidade</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>CHUCAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>			<u>RIL</u>	<u>69308-170</u>
			<u>Telefone comercial(DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
			<u>(65) 98122-7634</u>	<u>(65) 99158-4307</u>

BOA VISTA/RN, 52 de FEVEREIRO de 2039
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Dantas, 434 - Boa Vista - RN



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.: Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1801033224

10/11/2018 07:38:48

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 1

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário				
JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA	27/08/1975	43 A 2 M 14 D	708706129423199	38237776291					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDADE	117629	SSP RR	13/06/1994	F	SOLTEIRO(A)	PARD	VITORINO FREIRE - MA	BRASILEIRA	
Mãe					Pai		Contato		
FRANCISCA VILANI DE OLIVEIRA SOUSA					JOAO TELES DE SOUZA		(95) 99136-2596	Ocupação	
Endereço	RUA - UNIVERSO - 1312 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR								NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal				
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
Setor	URGÊNCIA								
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			Registrado por:			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								OZIRES,PRADO

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Acidenta de moto

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Exame Físico

Dor no abdômen

15 FEV 2019

Hipótese Diagnóstica

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Alves Bezerra, 684 - Boa Vista - RO

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Díspneia 100%
2) Tiltar 100%
Febre 100% de Oliveira
Técnica de Enfermagem
Cohen et al 7/231-TLC

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DA RORAIMA
Av. Edmundo Góes, 500
Novo Horizonte - CEP 69010-000
NOTA DE ARRENDAMENTO

05/02/2019

Certifico que o paciente é presente
cópia e sua representação original
que foi apresentado neste hospital

Conduta

 Alta por Decisão Médica Ambulatório Alta a Pedido Observação (Até 24h) Alta a Revelia Internação Transferência para:

Hospital

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1^o Atendimento? Sim NãoDestino: Família IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Impresso por: ozires,prado
Data Hora: 10/11/2018 07:39:27

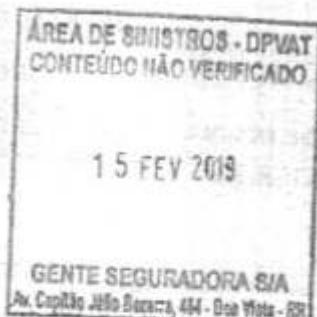
Software - Sistema de Atendimento
Versão: 4.0.0.0 - Data: 2018-02-01
CNPJ: 23.327.121/0001-00

* Pato-patur - Dr. Rogério

Tive uma certa curiosidade. Sem nenhuma
radiografia de Fx / xl. Ao elen: ter à meu
nunca os pôrme associado à cunha do

CD: Tripeira

Sintomatologia



Afronto viajante + Unidade.

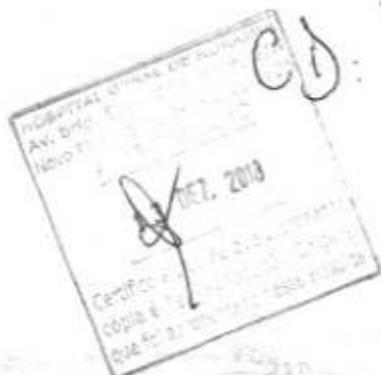
Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 20.742

* Poente interna à uña da garra com tripeira

Cém mais é nome operatório Fx de 1/3 m/ro de clau-
cula com menor radiografia de cunhada só tardia.

CD: I mobilização em '8"

As MCM. Ambulatório.



Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 20.742

15 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Canídeo Alves Bezerra, 614 - Boa Vista - P.



ESTADO DE RORAIMA
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DO BRASIL
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE SAÚDE DA SAÚDE

HOME Felicia C. Eanya REC'D URGENT

Pawtuxet P.D.

acuerado a la

future parent

16

S. n. 45 dias
de lactante

3.11.18

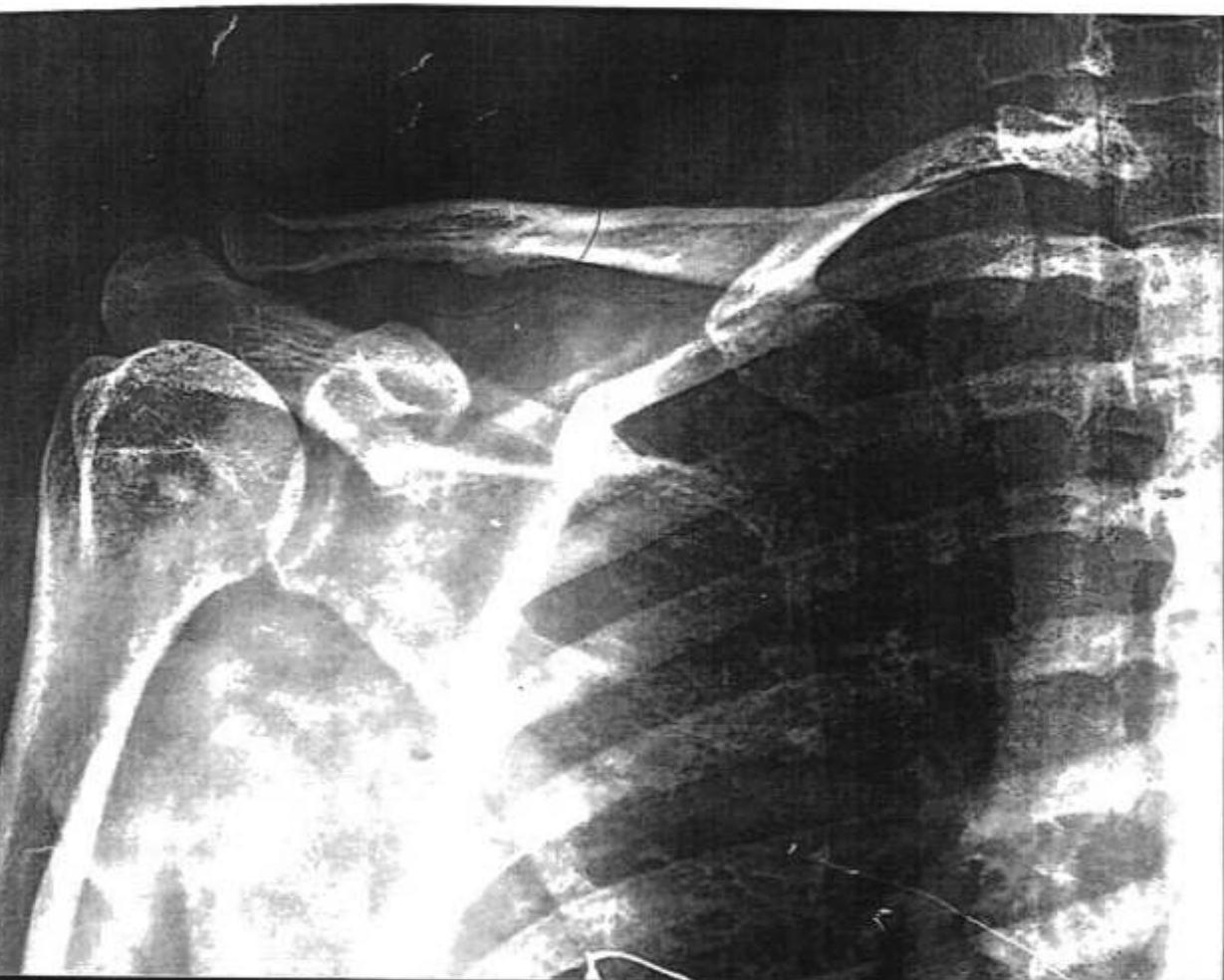
*L
C*
Dr. Rogério L. P. Dias
CRM-MG 1000
CRM-Teumatologista
Centro de Reabilitação e Fisioterapia
OPE-114

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Jérôimo Bezerra, 414 - Dois Vizinhos - PR

D



JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

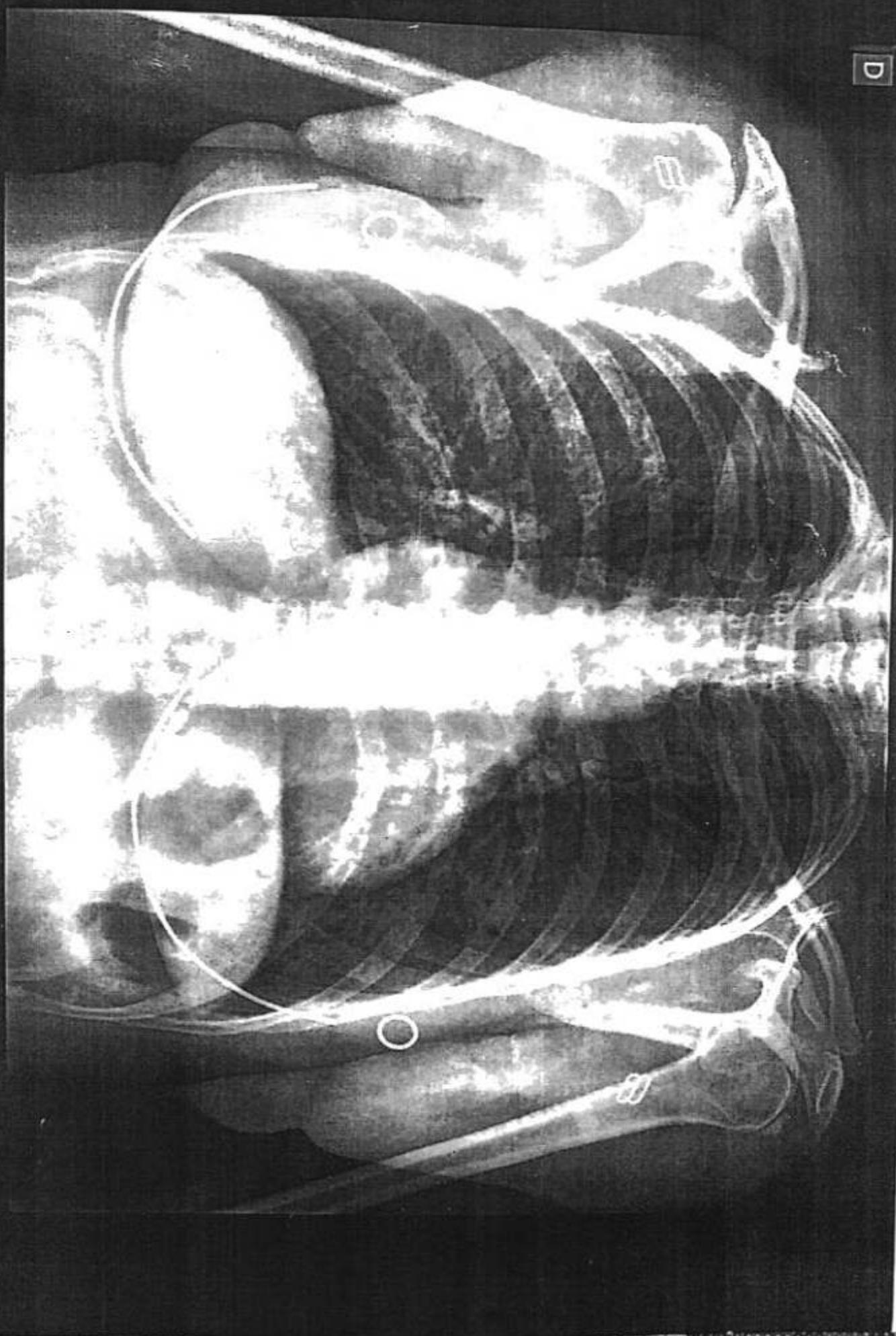
10/11/2018 08:35:57

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS VASCONCELOS

100,6 %

D



, JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

AREA VERM. GT

10/11/2018 08:12:14

53.2 %

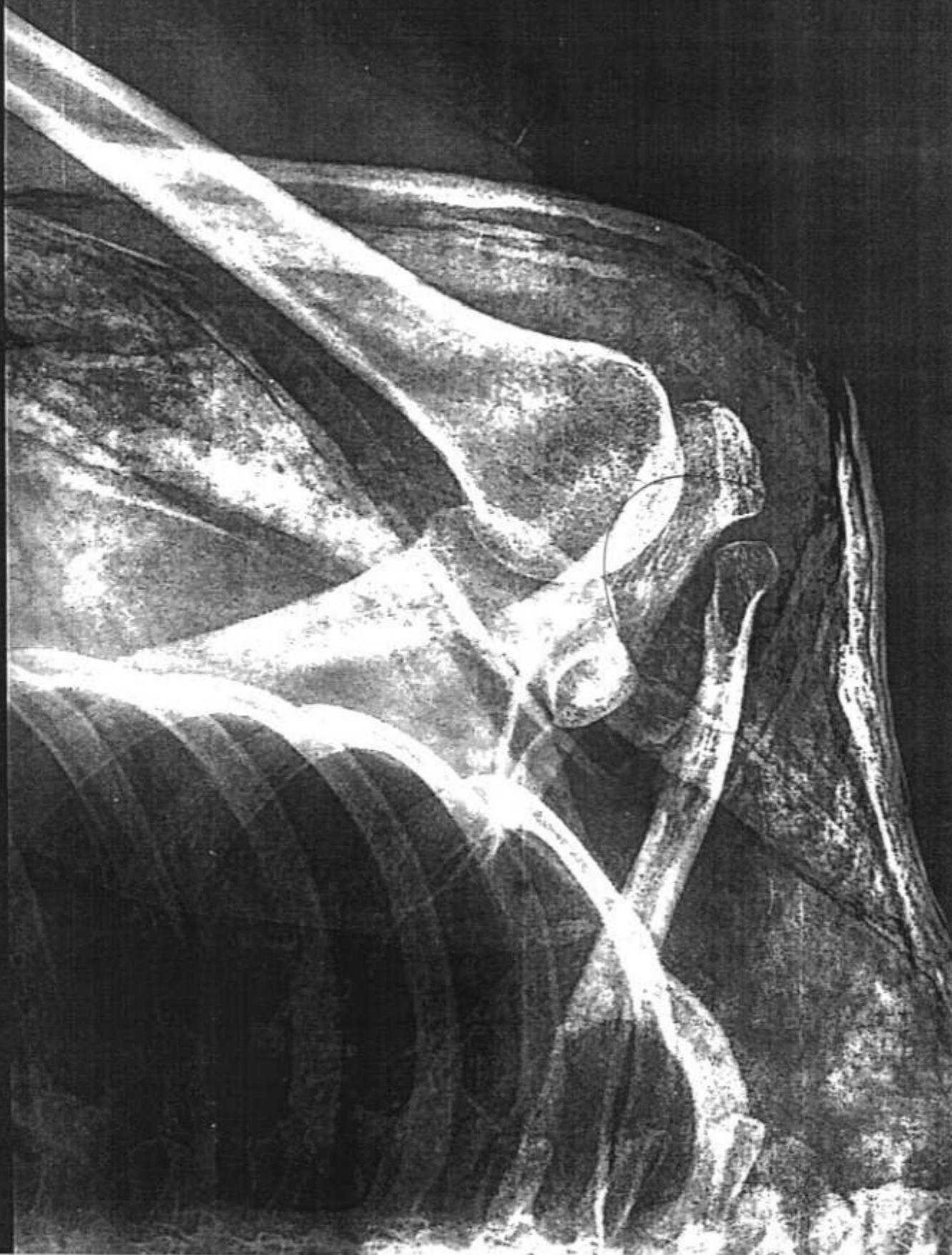
D

JOELMA DE OLIVEIRA
HOSPITAL CORONEL MOTA

14752

Francineide

104,0 %



D

JOELMA DE OLIVEIRA SOUZA

HOSPITAL CORONEL MOTA

13598

22/11/2018

Cloudaldo

89,1 %

