

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:
2632006620200211163708

Processo 0800114-96.2020.8.23.0030 - (13 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 </div>					
Filtros <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/> </div>					

13 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 13

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/> 13	11/02/2020 16:37:08	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 13.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2693276CONTESTACAO01.pdf Público 13.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2693276CONTESTACAOAnexo021.pdf Público 13.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2693276CONTESTACAOAnexo022.pdf Público 13.4 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf Público </div>	
<input type="checkbox"/> 12	11/02/2020 15:46:00	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<input type="checkbox"/> 11	10/02/2020 11:57:30	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<input type="checkbox"/> 10	10/02/2020 11:47:05	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de GLEIDE SOUSA MARTINS) em 10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
<input type="checkbox"/> 9	10/02/2020 11:42:17	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO Analista Judiciário
<input type="checkbox"/> 8	10/02/2020 11:42:17	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de GLEIDE SOUSA MARTINS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO Analista Judiciário
<input type="checkbox"/> 7	30/01/2020 10:23:13	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: Rogerio Leonardo de Paula Dias habilitado até 09/05/2020 (100 dias)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO Analista Judiciário



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR

Processo: 08001149620208230030

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GLEIDE SOUSA MARTINS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 26/04/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Cumpre mencionar a ausência de nexo causal entre o suposto acidente e as lesões alegadas haja vista que o autor não apresenta boletim de primeiro atendimento médico e qualquer comprovante de acompanhamento ou tratamento médico que consubstancie a alegada invalidez permanente.

Ademais, também é importante mencionar que o boletim de ocorrência, além de ter sido elaborado após dias do suposto sinistro, celebrado de forma declaratória e unilateral pela própria comunicante, ora autora, sem a presença de testemunhas, também não contem a assinatura do responsável pelo registro.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, ipsis literis:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – contiver pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE ASSINATURA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Conforme observa-se abaixo, o boletim de ocorrência foi elaborado sem a assinatura da autoridade policial responsável pelo documento:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Gleide Sousa Martins
(Comunicante / Vítima)

“Declaro que a assinatura de ato que sou (e) único(a) responsável pelo(s) informe(s) acima assinado(s) é a de que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual for registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a forá acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerce a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

¹"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. É exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

²RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APlicação DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ,

⁵ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MUCAJAI, 4 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GLEIDE SOUSA MARTINS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MUCAJAI**, nos autos do Processo nº 08001149620208230030.

Rio de Janeiro, 4 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

1 ^ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Laranja	<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"/> Verde
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

1901093793	05/04/2019 19:48:00	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	6		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
		15/09/1984	34 A 6 M 20 D	898002725030279	85704865291	00157591		
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE		226690	SESP/RR	13/04/2000	F	UNIAO	PARDA	ARAGUATINS - TO
Mãe		ESTAVEL						BRASILEIRA
CLEUDES VIEIRA DE SOUSA		FRANCISCO CLETO MARTINS						
Endereço								
RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						
Setor		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA			EDILEUDA.SOUZA			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Queixa Principal <i>Queda de moto</i>								
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 J5						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 19:48 h) Paciente trazida pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical, refere dor em temenface (D), coxa (D) e tornozelo (D). à tentativa de retirar o colar, refere dor em região nucal. Colar cervical mantido - SAMU fez 1g de dipirona e 40mg de Tenoxicam REG, ROTE, aaaa, pupilas isocóricas e fotorreagentes Dor à mobilização passiva e limitação de movimento de tornozelo (D)								
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
Politrauma								
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 Dipirona 1g EV ② Hidrocortisona 100mg EV <i>500</i> ③ Col. av. da Bucal								
Conduta		<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: <i>13/04/2019</i>						
óbito Antes do 1 ^º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica <i>1/1/1</i>						
Assinatura do Paciente ou Responsável		Dra. Edileuda Souza CRM/RR 1988 Carimbo e Assinatura do Médico CRM/RR 1988						





1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.			

NOTURNO 19- 6

1901093793 05/04/2019 19:48:00		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA				
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	CPF ⁰⁷	Prontuário
GLEIDE SOUSA MARTINS		15/09/1984		34 A 8 M 2 D		898002725030279	85704865291	00157591
Identidade	226690	Órgão Emissor	SESP/RR	Data Emissão	13/04/2000	Sexo		Nacionalidade
Mãe						ESTAVEL		BRASILEIRA
CLEUDES VIEIRA DE SOUSA						FRANCISCO CLETO MARTINS	Contato	
Endereço							Ocupação	
RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR							NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade		Autorização	Sis Pronatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA			Procedimento Sol.				
Setor	Tipo de Chegada					Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA					EDILEUDA.SOUZA		
Queixa Principal				<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: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares								
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica				<input type="checkbox"/> Ambulatório				
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido				<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)				
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia				<input type="checkbox"/> Internação				
<input type="checkbox"/> Transferência para:				Data e Hora da Saída/Alta:				
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: cassia.andrade Data Hora: 17/05/2019 16:29:02								
S-2700 - Software de Atendimento Versão: 4.4.24 - 10/08/05				 1901093793				

Mr. Bice Nell.

Während zwei Schülers tr. Sichtbar die frühe Vermischung
de Wörter. O. Schülers Reaktionen um im Brusten.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



CADASTRO DE PACIENTE

Paciente: **GLEIDE SOUSA MARTINS**

Prontuário: **00157591** Localização:

Data de Nascimento: **15/09/1984** Idade: **34 A 8 M 2 D** Sexo: **FEMININO** CPF: **857.048.652-91** C.N.S.: **898002725030279**
 Documento: **IDENTIDADE** Número: **226690** Orgão Emissor: **SESP/RR** Emissão: **13/04/2000** Parceiro: **NÃO**
 Estado Civil: **UNIAO ESTAVEL** Cônjugue: **Naturalidade: ARAGUATINS - TO**
 Raça/Cor: **PARDA** Etnia: **Ocupação: NÃO INFORMADA**
 Nacionalidade: **BRASILEIRA** Pai: **FRANCISCO CLETO MARTINS**
 Mãe: **CLEUDES VIEIRA DE SOUSA**
 Endereço: **RUA: JOSE QUEIROZ Nº: 1943 Compl: Bairro: BURITIS Cidade: BOA VISTA - RR CEP: 69309207**
 Contatos - Residencial: Trabalho: Cel1: (95) 99143-8669 Cel2: (95) 99143-8671
 e-mail: Data do Cadastro: **26/03/2009 00:00:00** Alterado em: **05/04/2019 19:48:31**





ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Sousa
Martins

foi atendido no Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (), UNACON,
no dia 05/04/19 às 20:00 horas.

O mesmo:

- Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.
 Necessita de três (03) dia(s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

05/04/19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Dra. Gleide Gai Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

DECLARO QUE O USUÁRIO Gleide Sousa Martins

ESTADO DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°
048 — NECESSITA DE 07 (Sete) DIAS

DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

S.029

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da Franca Aranha
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTOLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. N° 60.501, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome Endereço Complemento Número Cidade Sexo Estado Civil	Data de Nascimento Nacionalidade Bairro Estado CEP Doc. Inscrição (Nº e Série)
Cláudia Souza Martins Ribeirão Preto Ribeirão Preto 01 Boa Vista <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo	15/03/84 Brasileira 1943 Bento RR 69308-207 Tem outra atividade com vinculação à previdência social? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado	

Assinatura:

Nome do Procurador ou Curador	Endereço
-------------------------------	----------

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO	
Empresa: Endereço: Complemento: Cidade: Último dia de trabalho do segurado	Nº CNPJ Número Bairro: Estado CEP Afastado por: <input checked="" type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Férias
Gilce O. Pinto - me Travessa B Boa Vista 05/04/2019	34.012.305/0001-10 89 Centro RR 69301-225 <input checked="" type="checkbox"/>

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
Opáthe São	2013		

Localidade: Boa Vista Data: 16/04/2019

Gilce O. Pinto
Assinatura do responsável pelo atestado de afastamento
34.012.305/0001-10

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento de Trabalho.
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fractionados.

Travessa B, N° 89, Centro
CEP: 69.301-225
BOAVISTA/RR



GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ATESTADO

ESTADO: QUE O USUÁRIO
Gláucio Soeiro
Martins

TESTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°

NECESSITA DE 30 trinta DIAS

AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

DATA: 5.02.19

Bon Vista PR 16 de Abril de 2019

Rodrigo da Franca Afifab
Cirurgião Dentista Especialista
Ortodontista
(CRO-PR 257)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO PGPS APROVADO PELO DEC. N° 60.601, DE 14/08/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICATIVA DE 01 À 16 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome <i>Cláudia Souza Martins</i>	Data de Nascimento <i>15/08/84</i>	Nacionalidade <i>Brasileira</i>
Endereço <i>Rua José Queiroz</i>		Nº <i>1843</i>
Complemento <i>01</i>	Bairro <i>Benitip</i>	
Cidade <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i>	CEP <i>69308-201</i>
Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo	Tem outra atividade com vinculação à previdência social? <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Assinatura : _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa <i>Gilce O. Pinto - me</i>	Nº CNPJ <i>34.912.305/0001-10</i>
Endereço <i>Travessa B</i>	Nº <i>88</i>
Complemento:	Bairro: <i>Centro</i>
Cidade: <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i> CEP <i>69301-225</i>
Último dia de trabalho do segurado <i>05/04/2018</i>	Afastado por: <input checked="" type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos <i>Dayanne</i>	Data Nasc. <i>2014</i>	Prenome dos Filhos	Data Nasc.

Localidade: *Boa Vista* Data: *16/04/2018*

Gilce O. Pinto
Assinatura do responsável e carimbo do CIE da Empresa
34.912.305/0001-10

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fractionados.

Travessa B, Nº 88 - Centro

CEP: 69.301-225

BOA VISTA/RR



PACIENTE:

PRONTUÁRIO N°

DN: 11

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

Gláucio Siqueira Neto

06/06/10

Recepto: Vítima de acidente metabólico
apresenta fratura de clavícula, sem deslocamento
este é sem perda de função. A lesão é está.
Opta a realização de sua redução fechada.

O.E.D 5031

Refrigério da Prancha 7000
Cirurgião Busto Maxilo Facial
Ortodontista
CRM-RS 257



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 13213447276

Número do Benefício: 6276546287

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195960726

Ao Sr. (a): GLEIDE SOUSA MARTINS

Endereço: JOSE QUEIROZ 1943 APT 03, BURITIS

CEP: 69309207 Município: BOA VISTA

UF: RR

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/04/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/05/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/05/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 30/05/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 24 de Abril de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: BOA VISTA RR

Endereço: AV GLAYCON DE PAIVA, 132 PREDIO, CENTRO

CEP: 69301250 Município: BOA VISTA

UF: RR

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



GOVERNO DO SÃO PAULO
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO Elieck Sausz Lontim

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N° _____
SÉRIE _____ NECESITA DE 35 Quinze _____ DIAS
DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
C.I.D. Foto

Bl. 28 de 05 19

Edson da França Actis
Edson da França Actis
Cirurgião Dentista
Ortodontista
CRO-RR 257

Assinatura e Cachimbo do Médico ou Odontológico

MM x OHO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS ART. 86 DO PGPB APROVADO PELO DEC. N° 50.501, DE 14/08/87 E, SERÁ EXPEDIDAS JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATE TESTADO

DEclaro que o usuário

Gleide Sousa Martins

ESTADÔR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°

NIF

NECESSITA DE 07 (Sete) DIAS

AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA

5.029

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da França Aranha
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ORTODONTÓLOGO (CRM - CRO)

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO
PGHIS APROVADO PELO DEC. N° 80.601, DE 14/08/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 Á 16 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

ATESTADO MÉDICO /
DECLARAÇÃO DE
COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Souza
Martins

foi atendido no Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (), UNACON,
no dia 05/04/19 às 20:00 horas.

O mesmo:

- Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.
 Necessita de três (03) dia (s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

05/04/19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Dr. Adelio Gai Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ESTADO QUE O USUÁRIO
Martins

Gleide Soeso

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°

ENIE

NECESSITA DE

30, treinta

DIAS

DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

5.029

Bon Vista RR 16 de Abril de 2019

Raimundo da França Artur
Cirurgião-Dentista F
Ortodontista
(CRO-RR 257)

Assinatura e Carimbo do Médico ou Odontológico CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO PGPS APROVADO PELO DEC. N° 60.501, DE 14/08/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



Nome: Gleide Sousa Martins

Data do Exame: 03/07/2019

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Gênero: Feminino

Documento:

Empresa:

Convênio:

Cargo:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Audiômetro: AD 229b

Aferido: 26/03/2019 - Imitanciômetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

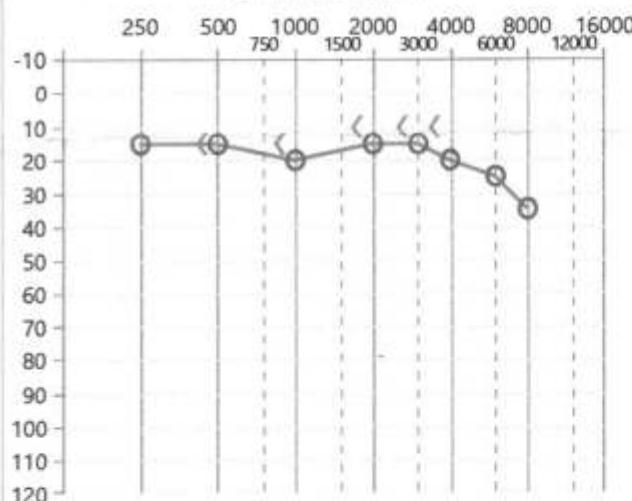
MEATOSCOPIA

Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

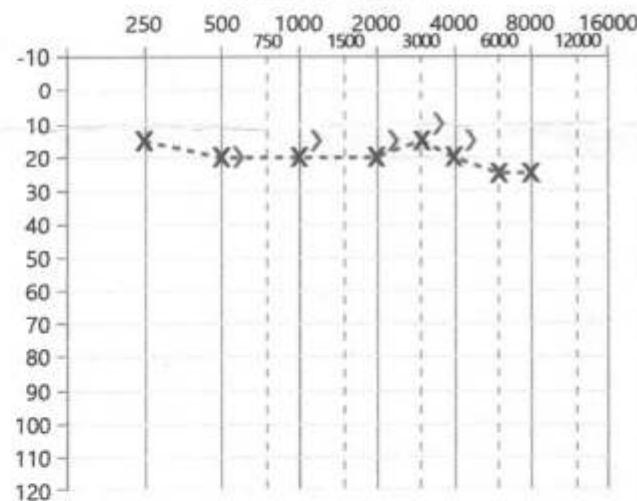
Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

AUDIOMETRIA: Tonal

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



○ Via Aérea ○ VA - Ausência ○ Via Óssea ○ VO - Ausência
 △ VA - Mascarada △ VA - Ausência Mascarada △ VO - Mascarada △ VO - Ausência Mascarada

LEGENDAS

× Via Aérea OE × VA - Ausência > Via Óssea OE > VO - Ausência
 □ VA - Mascarada □ VA - Ausência Mascarada □ VO - Mascarada □ VO - Ausência Mascarada

ÍNDICE PERCENTUAL
DE RECONHECIMENTO DE FALA25 PALAVRAS
FALADAS

	INTENSIDADE	MONOSILÁBICA	DISSILÁBICA
OD	55 dB	100 %	96 %
OE	60 dB	100 %	96 %

LIMIARES

	OD	OE
LRF	20 dB	20 dB
LAF	dB	dB

MASCARAMENTO EM dB

	VIA AÉREA		VIA ÓSSEA		LOGOAUDIOMETRIA
	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	
OD	dB	dB	dB	dB	dB
OE	dB	dB	dB	dB	dB

PARECER AUDIOLÓGICO:

Paciente tem queixa de zumbido em lado direito há mais de 6 anos.

OBS: Audiometria realizada com estímulo "Warble", recomendado para casos de zumbido.

Limiares audiométricos normais bilateralmente, com queda para a frequência de 8000 Hz em orelha direita.

Grau de Perda Auditiva normal – Média 500, 1000 e 2000Hz (Lloyd e Kaplan);

Configuração Audiométrica descendente leve em orelha direita (Piora de 5 a 12 dB/octava em direção às frequências altas) e horizontal em orelha esquerda. (Carhart, 1936);

Audiometria vocal normal em ambas as orelhas: Índice de Reconhecimento da Fala – IPRF (Jerger, Speaks e Trammell, 1968).

Taíssa Luna
Taíssa Luna
Fonoaudióloga
CRF-R 13329-1



Nome: Gleide Sousa Martins

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Empresa:

Cargo:

Audiômetro: AD 229b

Genero: Feminino

Data do Exame: 03/07/2019

Documento:

Convênio:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Aferido: 26/03/2019 - Imitanciômetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

MEATOSCOPIA

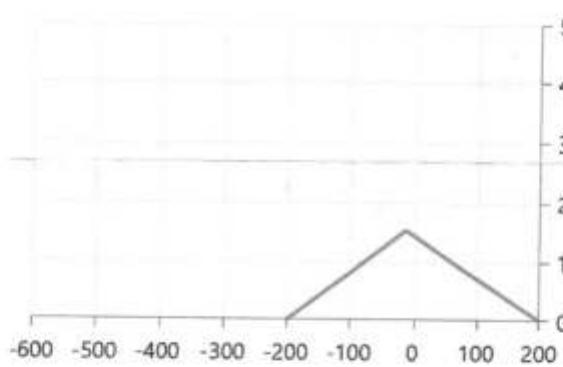
Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

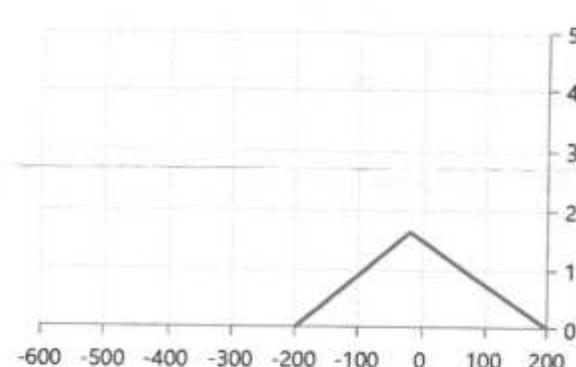
ORELHA DIREITA

TIMPANOMETRIA

ORELHA ESQUERDA



TIPO: Ad



TIPO: Ad

Compliância (ml):	Pressão Oído Médio (daPa)	Máximo Relaxamento (ml)	Compliância +200 daPa (ml)	Compliância Estática (ml)
ORELHA DIREITA	-12	1.5	0	1.5
ORELHA ESQUERDA	-18	1.6	0	1.6

Aferência Direita

REFLEXO ACUSTICO

Aferência Esquerda

Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
15	100	85	100
20	95	75	100
15	100	85	105
20	100	80	100

FREQUÊNCIA
500 Hz
1.000 Hz
2.000 Hz
4.000 Hz

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
20	95	75	100
20	100	80	100
20	100	80	95
20	95	75	95

PARECER AUDIOLÓGICO:

Notas do Médico:

Taíssa Xavier de Luna
Fonoaudióloga
CRFa 13329-1

Cód. Pac.: 53460

Nome: **GLEIDES SOUSA MARTINS**
Data: 02/08/2019 Idade: 34A Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: RUI SOUZA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SÉIOS DA FACE E CRANIO

Protocolo:

Exame realizado com cortes tomográficos computadorizados axiais volumétricos, obtidos com técnica multi-slice.

Indicação:

- Cefaleia pós-trauma de face.

Relatório:

SEIOS DA FACE

- Discreto desvio do septo nasal, de aspecto sinuoso, dextroconvexo superiormente e levoconvexo inferiormente, com predomínio junto a junção osteocartilaginosa, associado a minímo esporão ósseo tocando a concha nasal inferior respectiva.
- Seios paranasais apresentando aeração preservada.
- Unidades osteomeatais e recessos de drenagem dos seios paranasais pérviros.
- Conchas, cavidades e meatus nasais preservados.
- Canais dos nervos ópticos sem sinais de deiscência.
- Fossas pterigopalatinas, cavidades orbitárias e estruturas da rinofaringe simétricas.

CRÂNIO

- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Conclusão:

- *Discreto desvio sinuoso do septo nasal.*
- *Estudo do crânio sem particularidades de nota.*

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Resp. Técnico
CRM-RR 1191
RQE: 566 Médico

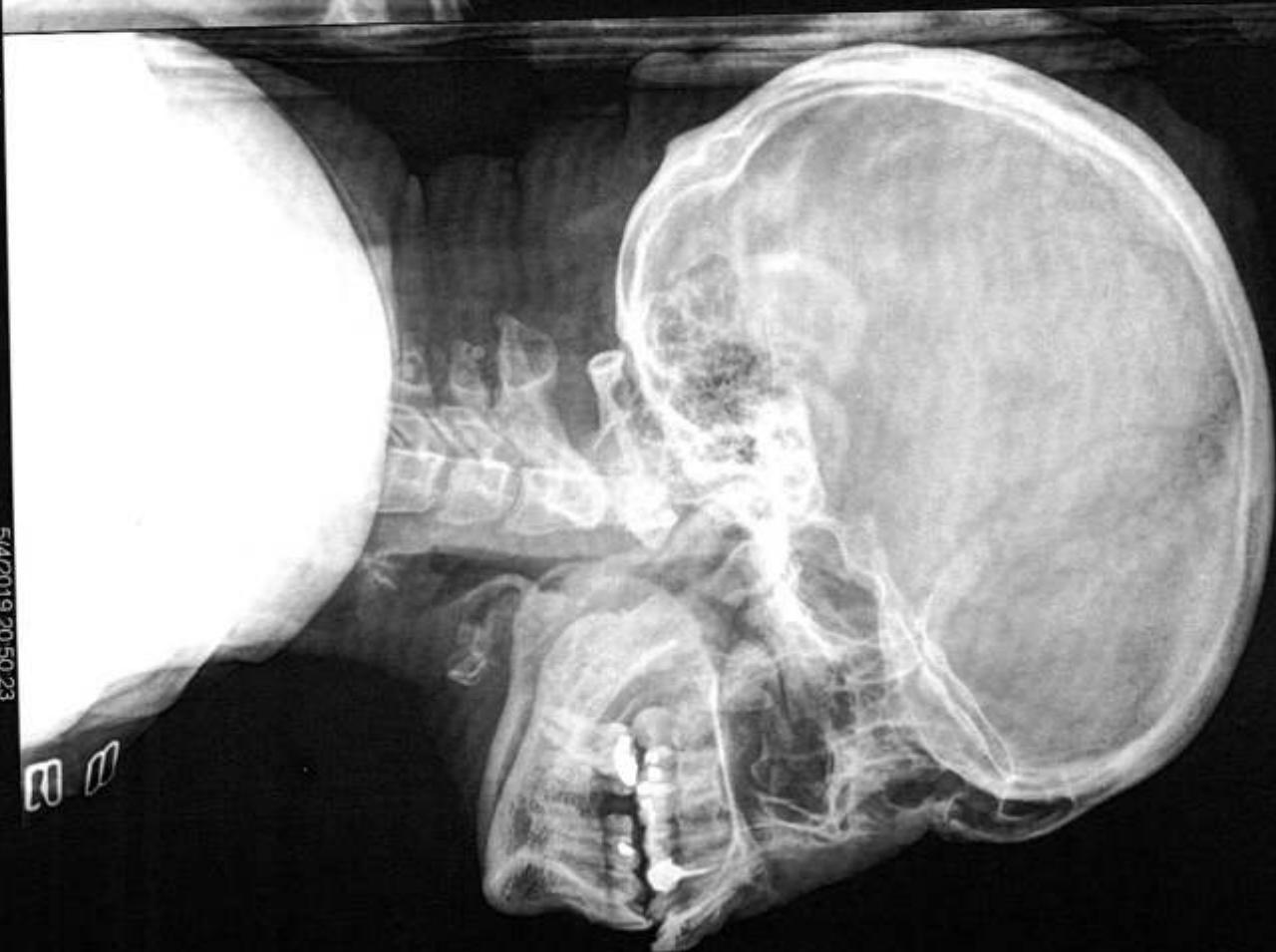
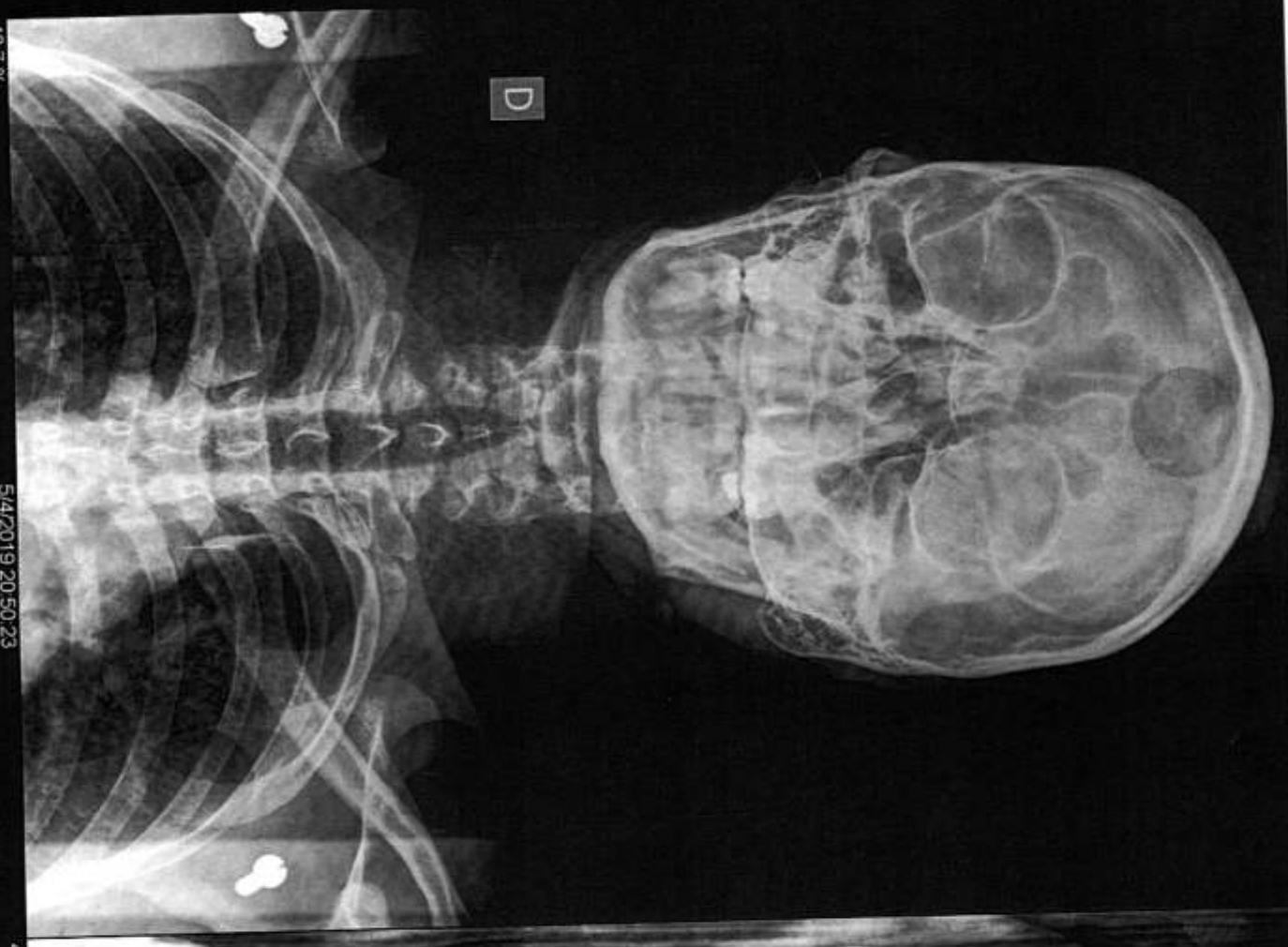
Dr Daniel Lopes Azevedo. RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM-1191/RR

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





D

5/4/2019 22:34:49

54,1 %

5/4/2019 22:34:49

53,9 %

GLEIDE SOUSA MARTINS ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



, GLEIDI SOUSA MKARTINS

5/4/2019 20:50:23

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53,7 %

57.3 %

GLEIDI SOUSA MKARTINS

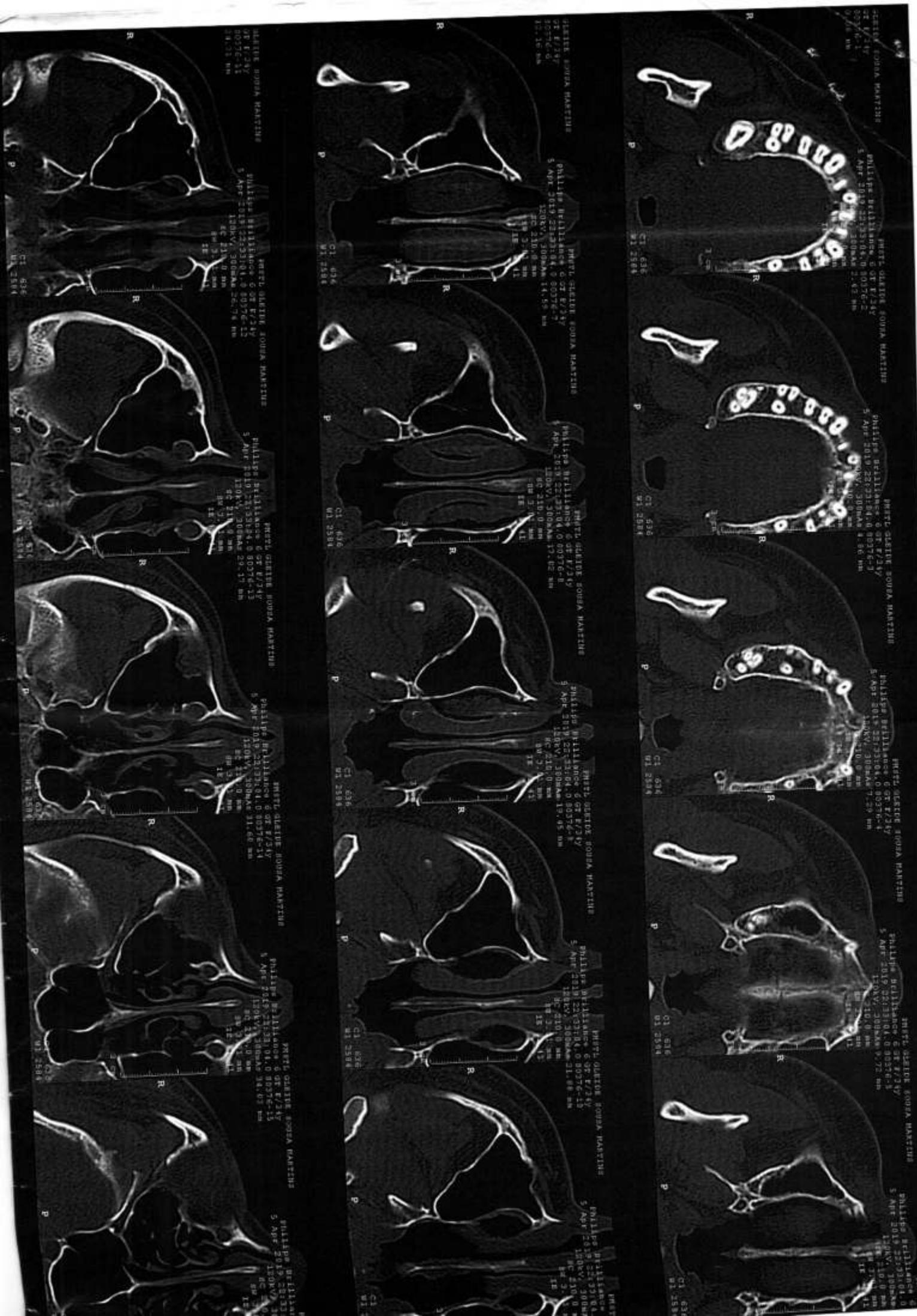
5/4/2019 20:50:23

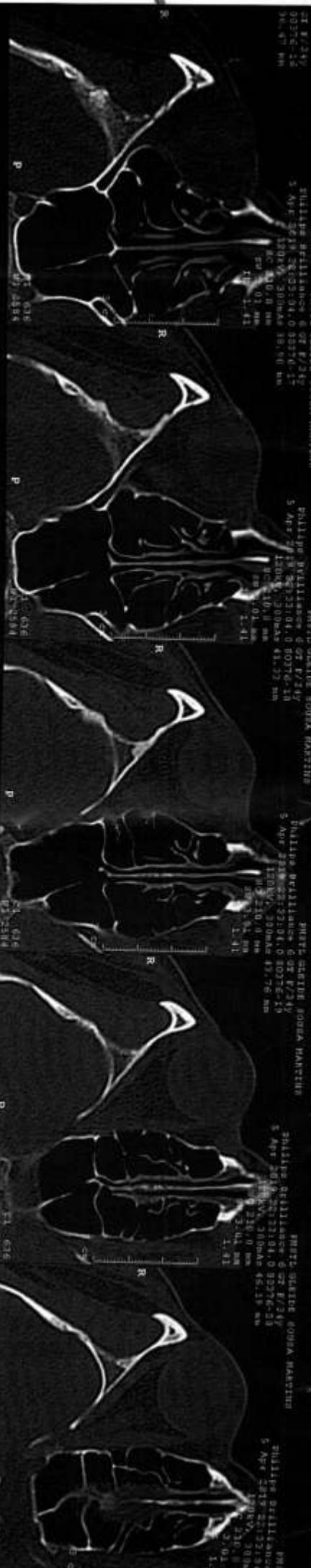
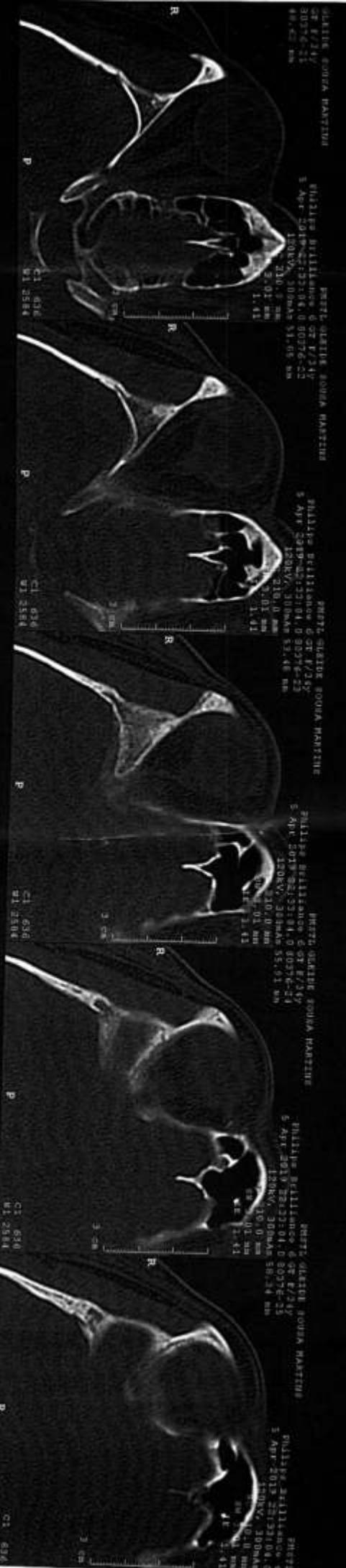
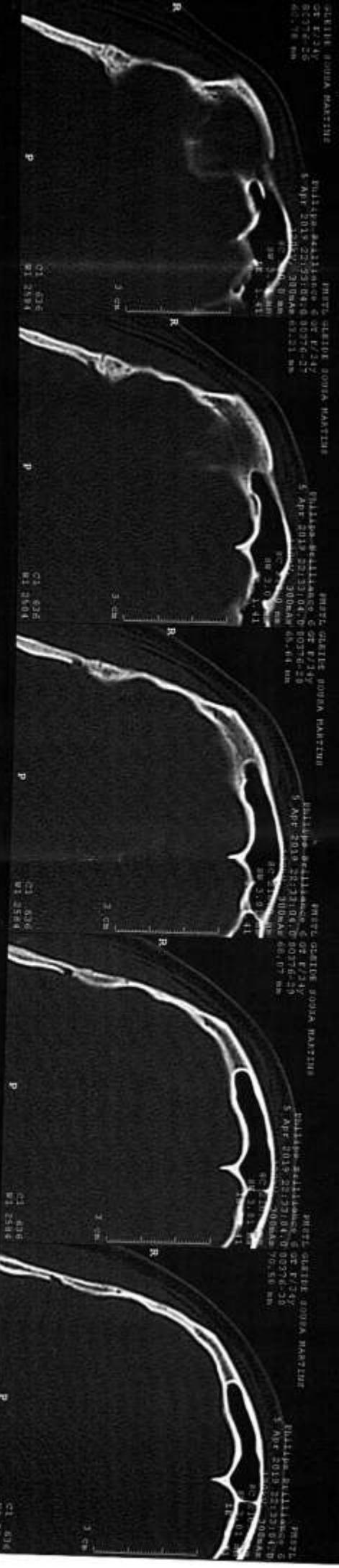
52.5 %

5/4/2019 20:50:23

D









QUALIFICAÇÃO CIVIL		ALTERAÇÃO	
NOME: CLEIDE SOUSA MARTINS LOC. DE NAC.: ARAGUATINS JUÍZO: FRANCISCO CLETO MARTINS CLEIDES VIEIRA DE SOUSA DOC. ATTEST.: RG 226690 SESP-RR ENDERECO: SO-TEIRO CEP: 66140-007 RS: 226690 TEL/FAX: 003046902674 E-MAIL: cleidesinerr@uol.com.br		PLACADO: _____ DATA DE NASC. DE DOCUMENTO: _____ NOME: Cleide DOCUMENTO: C ASSINATURA: _____ NOME: _____ DOCUMENTO: _____ ASSINATURA: _____ NOME: _____ DOCUMENTO: _____ ASSINATURA: _____ L E C A-CASAMENTO / C-DIVÓRCIO / E- B-SEP. JUDICIAL / D-ADOCÇÃO / F- C-ESTADO / D-ESTADO / E-ESTADO / F-ESTADO	

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190700696
Nome do(a) Examinado(a):	GLEIDE SOUSA MARTINS
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA JOSÉ QUEIROZ, 1943, AP 03, BURITIS
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	857.048.652-91
Data e local do acidente:	05/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 30/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/AMBULÂNCIA COM CONSEQUENTE FRATURA DA FACE DIREITA

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D, EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALÉIA CRÔNICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

FACE D: ALTERAÇÃO ANATOMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

ESTRUTURA CRANIO/FACIAL: ALTERAÇÃO ANAOTOFUNCIONAL MODERADA

VII) Segundo 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.

() "Sem sequela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): ESTRUTURA CRANIO/FACIAL

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII) * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

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

Carimbo com nome e CRM

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
561836 Invalidez

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FACE DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA FACE DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D. EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALÉIA CRÔNICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL.

Sequelas permanentes: DANO ESTÉTICO.

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: AFUNDAMENTO EM FACE NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

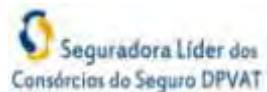
Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

✓ 857 048 652 - 91

4 - Nome completo da vítima:

Gleide Sousa Martins

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:

✓ Gleide Sousa Martins

6 - CPF:

✓ 857 048 652 - 91

7 - Profissão:

✓ ALUNO

8 - Endereço:

✓ R. José Queiroz

11 - Bairro:

Buritis

12 - Cidade:

Bora Vista

9 - Número:

✓ 3943

10 - Complemento:

✓ 03

15 - E-mail:

✓ RR

14 - CEP:

✓ 69 309 307

16 - Tel.(DDD):

✓ 95 99143-8671

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA:

22601 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

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

28 - Vítima

 Sim

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Vivos:

30 - Vítima deixou

 Sim

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim

 Não

 Não

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

 Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Não

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Não

 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.

34

 Impressão
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ✓ Bora Vista - RR 31/3/19

✓ Gleide Sousa Martins

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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

566836 Dados de
566842 DAMS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2019 09:59 Data/Hora Fim: 26/04/2019 10:26
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 26/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/04/2019 18:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Buritis

Logradouro: Av: Mario Homem de Melo

Complemento: em frente à Retífica Roraima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLEIDE SOUSA MARTINS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: GO - Aragoiânia Sexo: Feminino Nasc: 15/09/1984
Profissão: Monitor de Alunos Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Cleudes Vieira de Sousa Nome do Pai: Francisco Cleto Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 226690

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1943

Logradouro: Rua José Queiroz

Complemento: ap - 03

Bairro: Buritis

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a este DP para informar que é habilitada (CNH nº 04671803825), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda FAN 150, ano/modelo 2010/2010, chassi 9C2KC1550AR183201, PLACA NAN-8419, RENAVAM 00233624031, a qual se encontra em nome de seu marido, Almir Lângelo Alves do Carmo, na faixa esquerda da via, pois iria fazer a manobra de conversão à esquerda na Avenida dos Imigrantes, quando teve a traseira da motocicleta colidida por uma Ambulância do SAMU que seguia no mesmo sentido da comunicante. Que a VTR do SAMU estava com sirene e giroflex ligados, porém, a comunicante teve que reduzir, devido o sinal se encontrar vermelho. Que a comunicante viu a VTR do SAMU pelo retrovisor, e deslocou a motocicleta o mais próximo possível da calçada, para dar passagem para a ambulância e uma vez que iria dobrar à esquerda. Que tinha como garupa, sua filha Karoline Vitória Martins Oliveira, de 17 anos, a qual teve ferimentos leves. Que a comunicante teve fratura na face. Que após a colisão, a equipe e levada ao HGR para atendimento médico.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

ASSINATURAS

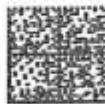
Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Gleide Sousa Martins
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Juraci Melo de Bocha
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 02/05/2019 10:45
Protocolo nº: NED 00000000000000000000000000000000



COD BOA VISTA RR

GLEIDE SOUSA MARTINS
RUA JOSE QUEIROZ,1943
BURITIS
69309-207 BOA VISTA - RR



7213512820955370000003153030040419

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Almir Lângelo Alves do Carmo,
RG nº 139.974, data de expedição 29/01/15,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 649.806.852-39, com
domicílio na cidade de Capuava, no Estado de
Pará, ma, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. José Queiroz, nº 1943,
complemento APT:03, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gleide Sávio Martins, cujo o condutor era
Gleide Sávio Martins.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Renda - HONDA CG150 FAN ESI
Ano: 2010/2010
Placa: NAN-8419
Chassi: 9C9KCL550AR183201
Data do Acidente: 05-04-2019
Local e Data: AN-MARIA Homem de melo
caimbe.

07.08.2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**DANIEL
AQUINO**

131.765-50464120044

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

"ALMIR LÂNGELO ALVES DO CARMO"

Cartório do 2º Ofício de Fazenda
Domicílio Antônio Taveira e Ribeiro
Av. Antônio Taveira, 4367 - Asa Branca -
Fone: 4002-3047-8286
E-mail: asabranca@correio.es.gov.br

Em testemunho da verdade, BPO
De que dou fá. Beira Vista/RR, 07 de agosto de 2019.
Consulta o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalseion.com.br
REC/FIR156298YDHUPK108V749Z21 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

131.765
Carolina Barbosa dos Santos
Reconhecente Autorizada