

## 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: 2699801020200501094628

## Processo 0800114-96.2020.8.23.0030 ☆ - (92 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)

**Recebes**

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

Ocultar Movimentos:  Inválidos     Sem Arquivo     Hab. Provisória

**Filtros**

Movimentado Por:  Advogado     Defensor Público     Entidades Remessa     Magistrado     Procurador     Servidor

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

Descrição: \_\_\_\_\_

29 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 29

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
29	01/05/2020 09:46:28	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
29.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693276IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf Público
29.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693276IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo021.pdf Público
29.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693276IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo022.pdf Público
28	24/04/2020 11:18:10	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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. 25) JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020) e ao evento de expedição seq. 27.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
27	23/04/2020 15:57:11	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 25) JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
26	23/04/2020 15:57:11	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de GLEIDE SOUSA MARTINS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 25) JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
25	23/04/2020 11:41:01	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	Rogério Leonardo de Paula Dias <b>Perito</b>
24	06/03/2020 00:05:52	<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 16) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 19.	SISTEMA CNJ
23	06/03/2020 00:05:52	<b>DECORRIDO PRAZO DE GLEIDE SOUSA MARTINS</b> (P/ advgs. de GLEIDE SOUSA MARTINS *Referente ao evento (seq. 16) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	SISTEMA CNJ
22	06/03/2020 00:04:19	<b>DECORRIDO PRAZO DE GLEIDE SOUSA MARTINS</b> (P/ advgs. de GLEIDE SOUSA MARTINS *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
21	27/02/2020 14:00:21	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 27/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 16) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 19.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
20	27/02/2020 11:48:23	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de GLEIDE SOUSA MARTINS) em 27/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 16) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	Walyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>
19	27/02/2020 09:10:51	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 16) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
18	27/02/2020 09:10:51	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de GLEIDE SOUSA MARTINS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 16) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
17	27/02/2020 09:00:13	<b>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 16) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(27/02/2020 08:55:18). Natureza: Intimação. Parte: GLEIDE SOUSA MARTINS. Identificador do Cumprimento: 0002	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
16	27/02/2020 08:55:18	<b>EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA</b> Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE(21/02/2020 14:30:31). Identificador do Cumprimento: 0001	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
15	21/02/2020 14:30:31	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
14	13/02/2020 09:52:02	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
13	11/02/2020 16:37:08	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
12	11/02/2020 15:46:00	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
11	10/02/2020 11:57:30	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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 <b>Procurador</b>
10	10/02/2020 11:47:05	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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.	Walyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>
9	10/02/2020 11:42:17	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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 PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
8	10/02/2020 11:42:17	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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 PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
7	30/01/2020 10:23:13	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: Rogério Leonardo de Paula Dias habilitado até 09/05/2020 (100 dias)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO <b>Analista Judiciário</b>
6	29/01/2020 15:30:52	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	IVALDO JORGE LEITE <b>Magistrado</b>
5	29/01/2020 11:18:32	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
4	29/01/2020 11:18:32	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
3	29/01/2020 11:18:32	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	29/01/2020 11:18:32	<b>DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA</b> Vara Cível Única de Mucajaí	SISTEMA CNJ
1	29/01/2020 11:18:31	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Walyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>



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

**Processo:** 08001149620208230030

**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 **GLEIDE SOUSA MARTINS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não apresentou invalidez permanente (TOTAL OU PARCIAL) **logo, resta claro que não há incapacidade permanente**.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial realizado por perito em âmbito administrativo.

**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.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado administrativamente pelo EXPERT PERITO e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MUCAJAI, 30 de abril de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

*Handwritten signature*



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

1ª Classificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

1901093793 05/04/2019 19:48:00 **FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA** NOTURNO 19- 6

Paciente: [Redacted] Data Nascimento: 15/09/1984 Idade: 34 A 6 M 20 D CNS: 898002725030279 CPF: 85704865291 Prontuário: 00157591  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SESP/RR Data Emissão: 13/04/2000 Sexo: F Estado Civil: UNIAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: ARAGUATINS - TO Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: CLEUDES VIEIRA DE SOUSA Contato: (95) 99143-8669 Ocupação: NÃO INFORMADA  
Endereço: RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: EDILEUDA.SOUZA

Queixa Principal: Queda de moto  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: Negr alergias GSC TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 19:48 h) Paciente trazida pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical, referiu dor em face (D), coxa (D) e tornozelo (D). A tentativa de retirar o colar, referiu dor em região nuchal. Colar cervical mantido. SAMU fez 1g de dipirona e 40mg de Temexicam

Exame Físico: REG, LOTE, aad, pupilas isocóricas e fotoreagentes Dor à mobilização passiva e limitação de movimentos de tornozelo (D)

Hipótese Diagnóstica: Politrauma

SADT - Exames Complementares:  RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 Dipirona 1g EV		
2 Hidrocortisona 100mg EV		
3 Sol. av. da Boca		



Conduta:  Alta por Decisão Médica  Alta a Pedido  Alta a Revelia  Transferência para:  Ambulatório  Observação (Até 24h)  Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito: Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: [Redacted] Assinatura do Médico: Dra. Adelle Grazi Costa, Médico Residência, CRM/RR 1988

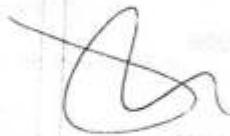
Impresso por: edileuda.souza  
Data Hora: 05/04/2019 19:49:18





Ab. Blue Note.

Michael, Schickel, System de fikus ammedue  
de l'etat. ①. Schickel Plaisance en un Bistère.



Abraham Lincoln



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



00157591

## 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** Cônjuge:  
Raça/Cor: **PARDA** Etnia: Escolaridade: **ENSINO MEDIO COMPLETO**  
Nacionalidade: **BRASILEIRA** Ocupação: **NÃO INFORMADA** Naturalidade: **ARAGUATINS - TO**  
Mãe: **CLEDES VIEIRA DE SOUSA** Pai: **FRANCISCO CLETO MARTINS**  
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

  
Dr. 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 RIO GRANDE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Sousa Martins

DETADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

NECESSITA DE 07 ( sete ) DIAS

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

DE S.024

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

*Rodrigo da Franca Azevedo*  
Cirurgião Buco Maxilo Facial  
Oftodontista  
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO  
RGEPS APROVADO PELO DEC. Nº 80.501, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-  
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**

Nome <i>Gláide Souse martins</i>		Data de Nascimento <i>15/03/84</i>	Nacionalidade <i>Brasileira</i>
Endereço <i>Rua Jose Queiroz</i>		Nº <i>1943</i>	
Complemento <i>01</i>	Bairro <i>Benedito</i>		
Cidade <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i>	CEP <i>69308-207</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"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado	Tem outra atividade com vinculação à previdência social? <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>34812305/0001-10</i>
Endereço <i>Travessa B</i>	Nº <i>89</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>05/04/2019</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	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<i>afathe gláide</i>	<i>2014</i>		

Localidade : *Boa Vista* Data : *16/04/2019*

*Gilce O. Pinto*  
Assinatura do responsável e carimbo do estabelecimento  
**34.812.305/0001-10**  
**Gilce O. Pinto - ME**

**Instruções**

- O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
- No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
- 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 fracionados.

**Travessa B, Nº 89 - Centro**  
**CEP: 69.301-225**  
**BOA VISTA/RR**



GOVERNO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

TESTA: QUE O USUÁRIO Gleide Souza  
Martins  
PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_  
SÓNE \_\_\_\_\_ NECESSITA DE 30 (trinta) DIAS  
DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.  
C.U.C. S.029

Bom Vista RR 16 de Abri de 2019

Rafael de França Aciob  
Cirurgião Buco Maxilo Far.  
Ortodontista  
(CRO-RR 241)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO  
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.601, DE 14/08/67 E. SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-  
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE**

Nome <i>Cláudia Souza Martins</i>		Data de Nascimento <i>15/03/84</i>	Nacionalidade <i>Brasileira</i>
Endereço <i>Rua José Queiroz</i>			Nº <i>1923</i>
Complemento <i>01</i>		Bairro <i>Bunitia</i>	
Cidade <i>Boa Vista</i>		Estado <i>RR</i>	CEP <i>69309-207</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"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado		Tem outra atividade com vinculação à previdência social? <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>348.12305/0001-10</i>
Endereço <i>Travessa B</i>	Nº <i>89</i>
Complemento:	Bairro: <i>Centro</i>
Cidade: <i>Boa Vista</i>	Estado <i>RR</i> CEP <i>69301-225</i>
Ultimo dia de trabalho do segurado <i>05/04/2019</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	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<i>Agathe</i>	<i>2014</i>		

Localidade : *Boa Vista* Data : *16/04/2019*

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

**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 fracionados.

*Travessa B, Nº 89 - Centro*  
**CEP: 69.301-225**  
**BOA VISTA/RR**

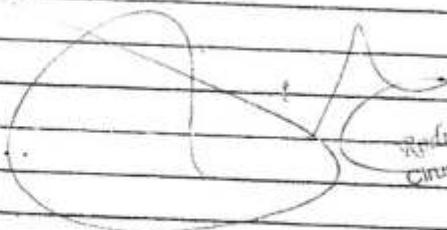


Recebido  
06/06/16  
L. M. S.

PACIENTE: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO Nº \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA HORA	EVOLUÇÃO
	Estado de saúde satisfatório.
06/06/16	Paciente vítima de acidente automobilístico apresenta ferimentos de natureza traumática, sem deslocamento de dentes. A lesão foi avaliada e realizada a sutura adequada. O paciente encontra-se em boas condições clínicas.
	051 5034
	
	<p>Dr. Franco da França Amorim Cirurgião Especialista em Ortodontia CRM 257</p>



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](http://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

CEP: 69301250 Município: BOA VISTA

Endereço: AV GLAYCON DE PAIVA, 132 PREDIO,  
CENTRO

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.  
Ciente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente / Representante Legal



**ATTESTADO**

ATESTADO QUE O USUÁRIO Cláudio Sousa Lourenço

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ NECESSITA DE 15 DIAS

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

C.I.D. K06

Bu de 28 de 05 de 19

Roberto da França Acina  
Georgino Buco Maxillo Fa.  
Ortodontista  
CRO-RR 257

ASSINATURA E CÂMBIO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO: \_\_\_\_\_  
IM - CHO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO  
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 50.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIDA JUSTIFICA-  
TIVA DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



ATESTADO

IDENTIDADE QUE O USUÁRIO Gleide Sousa Martins

REGISTRO DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE DIAS QUE O USUÁRIO Necessita de 07 ( sete ) DIAS

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

CLASSIFICAÇÃO: S.024

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

*Rodrigo da França Acioly*  
Cirurgião Buco Maxilo Facial  
Oftodontista  
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO  
REGULAMENTO APROVADO PELO DEC. Nº 80.501, DE 14/09/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-  
TIVA DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

# 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



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

Assinatura / carimbo médico



**ATESTADO**

ESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Souza  
Martins

IDENTIFICADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

PERÍODO DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA, NECESSITA DE 30 (trinta) DIAS

IDENTIFICADOR DO AFASTAMENTO Nº 5.029

Bom Vista RR de 16 de Abrial de 2019

*Rodrigo da França Assis*  
Cirurgião Buco Maxilo Far.  
(Ortodontista)  
(CRO-RR-257)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO PGPIS APROVADO PELO DEC. Nº 00.501, 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

Genero: Feminino

Documento:

Empresa:

Convênio:

Cargo:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Audiômetro: AD 229b

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

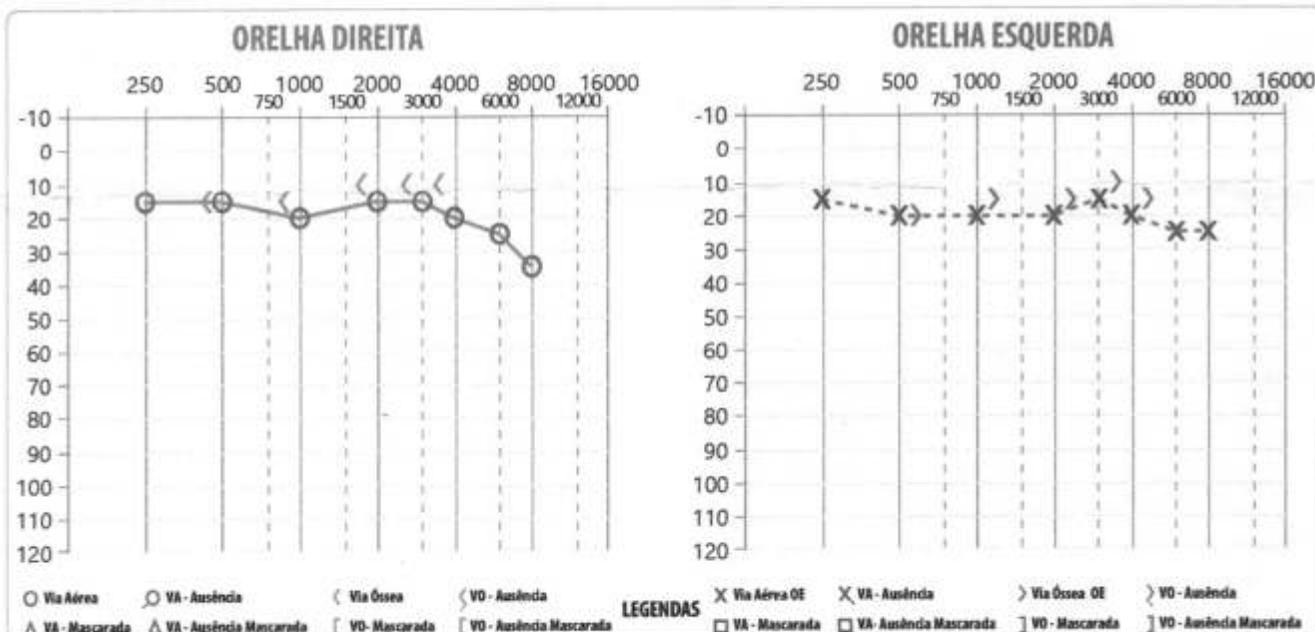
Aferido: 05/04/2019

### MEATOSCOPIA

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

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

### AUDIOMETRIA: Tonal



	ÍNDICE PERCENTUAL DE RECONHECIMENTO DE FALA		25 PALAVRAS FALADAS	
	INTENSIDADE	MONOSSILÁBICA	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 QUANTIDADE
	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/oitava 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  
Fonocardiologista  
CRFa 13329-1

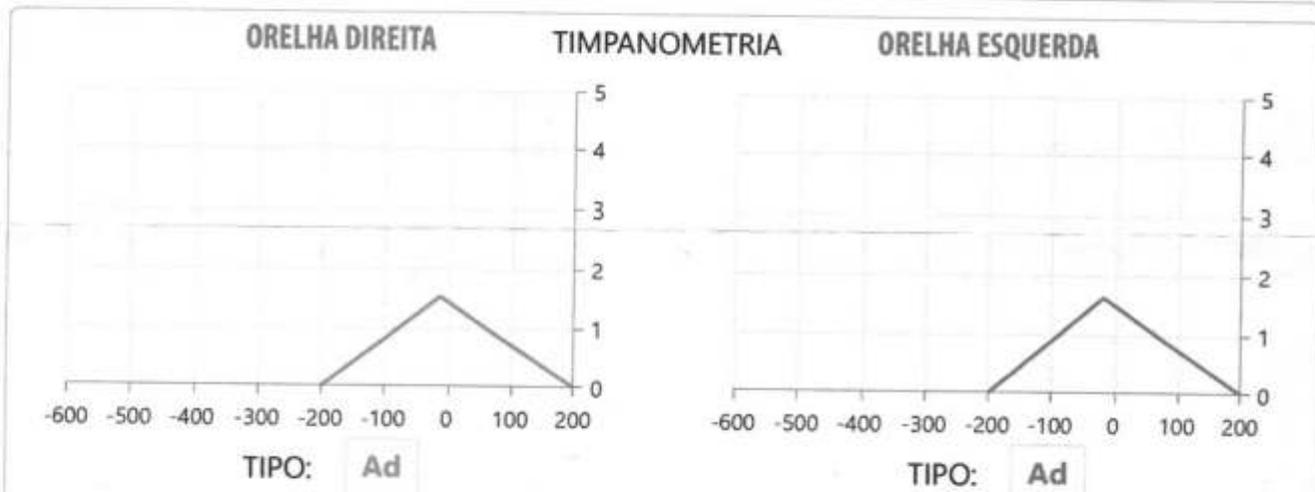
Nome: Gleide Sousa Martins  
 Idade: 34 Anos e 9 Meses  
 Empresa:  
 Audiômetro: AD 229b

Genero: Feminino  
 Atendimento:  
 Aferido: 26/03/2019 - Imitanciômetro: AT 235

Data do Exame: 03/07/2019  
 Documento:  
 Convênio:  
 Repouso Auditivo: h  
 Aferido: 05/04/2019

**MEATOSCOPIA**

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



Compliância (ml):	Pressão Ouvido 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				FREQUÊNCIA	Aferência Esquerda			
Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI		Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
15	100	85	100	500 Hz	20	95	75	100
20	95	75	100	1.000 Hz	20	100	80	100
15	100	85	105	2.000 Hz	20	100	80	95
20	100	80	100	4.000 Hz	20	95	75	95

**PARECER AUDIOLÓGICO:**

Notas do Médico:

Taíssa Luna  
 Fonoaudióloga  
 CRFa 13329-1

Nome: **GLEIDES SOUSA MARTINS**

Data: 02/08/2019 Idade: 34A

Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: RUI SOUZA

Cód. Pac.: 53460

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS 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 mínimo esporão ósseo tocando a concha nasal inferior respectiva.
- Seios paranasais apresentando aeração preservada.
- Unidades osteomeatais e recessos de drenagem dos seios paranasais pérvios.
- Conchas, cavidades e meatos 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.**

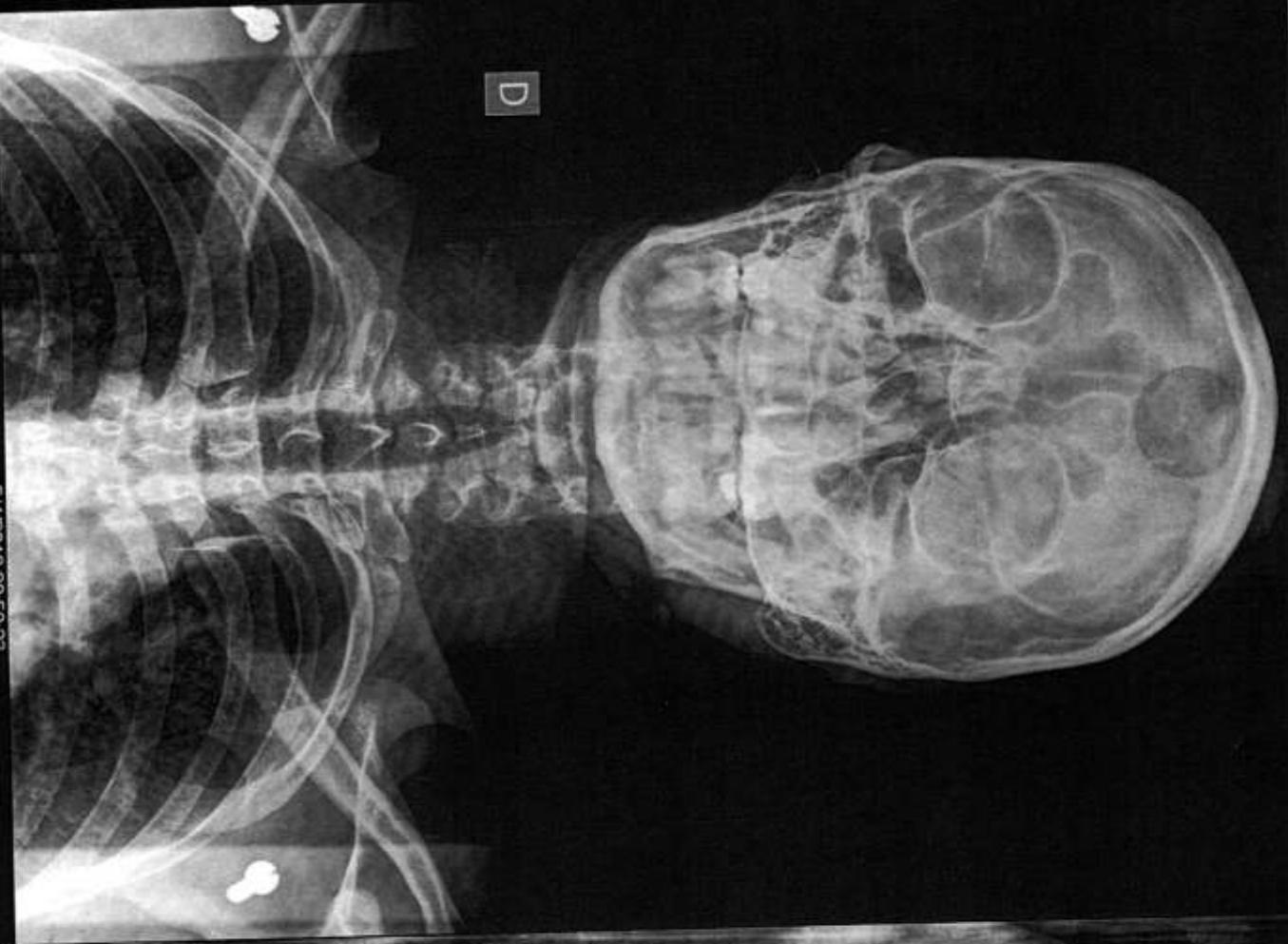
Dr. Daniel Lopes Azevedo  
Resp. Técnico  
CRM-RR 1191  
RQE: 566. Médico

Dr Daniel Lopes Azevedo. RQE 566  
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo  
Médico  
CRM 1191/RR

Dr Daniel Lopes Azevedo / CRM:1191 RR  
Membro titular do CBR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa 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.



40.7 %

5/4/2019 20:50:23

D



44.1 %

5/4/2019 20:50:23



D



53.9 %

5/4/2019 22 34 49

54.1 %

5/4/2019 22 34 49

GLEIDE SOUSA MARTINS ,  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



D

D



57.3 %

GLEIDI SOUSA MKARTINS

5/4/2019 20:50:23

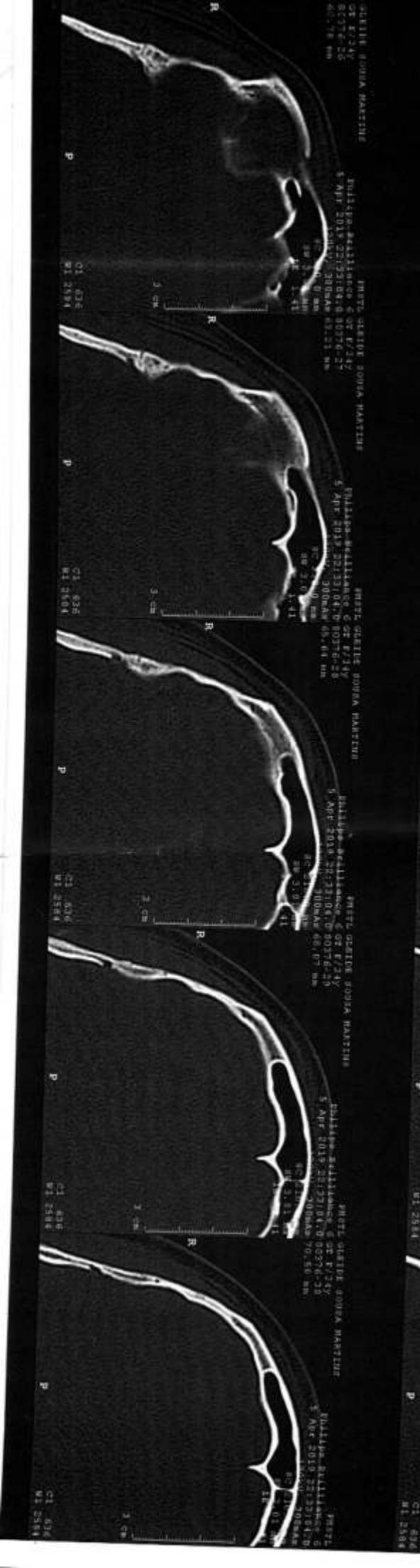
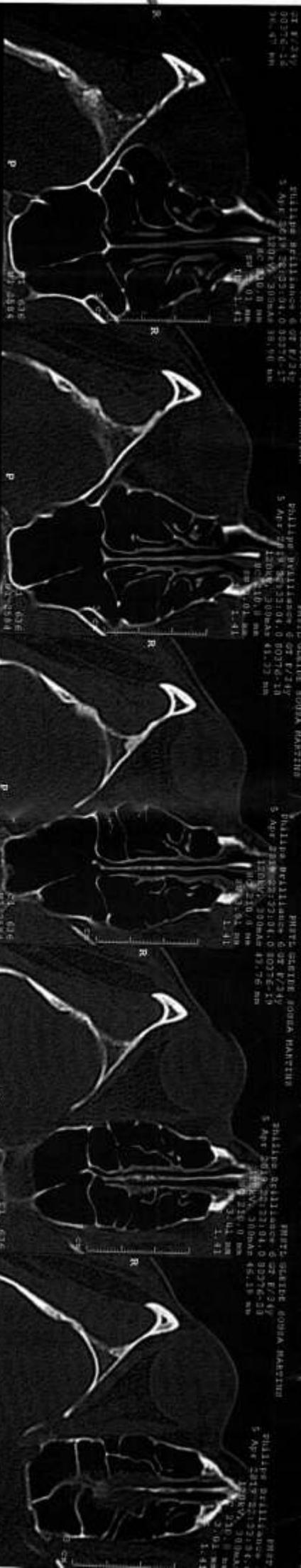


52.5 %

X

5/4/2019 20:50:23






**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

PIS/PASEP  
**132.13447.27-6**

NÚMERO **2645625**      SERIE **001-0**      DIS **RR**

*Cleide Sousa Martins*  
SIGNATURA DO TITULAR





**QUALIFICAÇÃO CIVIL** 02

NOME <b>CLEIDE SOUSA MARTINS</b> LOG DE AAC <b>ARAGUATINS</b> GO <b>15/09/1984</b> FILIADO <b>FRANCISCO CLETO MARTINS</b> <b>CLEIDES VIEIRA DE SOUSA</b> DOC. PRESENTADO <b>RG 226680 SESP RR</b> ESTADO CIVIL <b>SOLTEIRO</b>	Nº <b>226090</b> UNIT <b>127</b> T. B. EMP <b>003 046902674</b> EMP <b>2657 048 652-01</b> DATA <b>20/03</b> NATURALIDADE <b>SETRAIBES/SINE/RR</b> DATA DO NASCIMENTO <b>15/09/1984</b> DATA DO REGISTRO <b>25/07/2005</b>
---	---

ASSINATURA E EXERCÍCIO DO EMPREGO

**ALTERAÇÃO**

FILIAÇÃO .....  
 DATA DE NASC. DE DOCUMENTO .....  
 NOME *Cleide*  
 DOCUMENTO *C-1*  
 NOME .....  
 DOCUMENTO .....  
 NOME .....  
 DOCUMENTO .....  
 NOME .....  
 DOCUMENTO .....

**L E G**  
 A - CASAMENTO    C - DIVÓRCIO    E -  
 B - SUP. RACIONAL    D - ADOÇÃO    F -

**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 ANATÔMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

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

( X ) SIM ( ) NÃO

**V) Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

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

ESTRUTURA CRANIO/FACIAL: ALTERAÇÃO ANATÔFONCIONAL 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 seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

**Região Corporal (Seqüela):** ESTRUTURA CRANIO/FACIAL

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

**Região Corporal (Seqüela):**

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

**Região Corporal (Seqüela):**

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

**Região Corporal (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

56836 Invalid

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 05/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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](http://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
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# 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
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

**Vítima:** GLEIDE SOUSA MARTINS

**CPF:** 857.048.652-91

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 05/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLEIDE SOUSA MARTINS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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](http://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

GLEIDE SOUSA MARTINS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

---

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

---

**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: INTERRUÇÃO 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



---

**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:

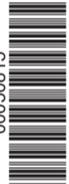
Não foi verificada a existência de seqüela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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



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 Nº 445/2012**

5 - Nome completo: Gleide Sousa MARTINS 6 - CPF: 857.048.652-91  
 7 - Profissão: ASSISTENTE de ALUNOS 8 - Endereço: R. Jose Queiroz 1943 Buitis APTS 9 - Número: 3943 10 - Complemento: APT. 03  
 11 - Bairro: Buitis 12 - Cidade: Bona Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309.207  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 95.49143-8671

**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  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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: 226014  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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 teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Bona Vista - RR 31/03/19

Gleide Sousa Martins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

566836 Inicial 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)  
Logradouro: Av: Mario Homem de Melo  
Complemento: em frente à Retífica Roraima

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

**Natureza**

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

**Meio(s) Empregado(s)**

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: Claudes Vieira de Sousa Nome do Pai: Francisco Cleto Martins

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 226690

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua José Queiroz  
Complemento: ap - 03  
Bairro: Buritis

Nº: 1943

**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, RENAVAL 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 VTR do SAMU não prestou socorro, e tomou rumo ignorado. Que populares ligaram para o SAMU, onde foi atendida por uma 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*

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 daí originem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

*Jorge Fernando Paiva Figueiredo*

Delegado de Polícia Civil: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
 Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
 Data de Impressão: 02/05/2019 10:45  
 Protocolo nº: N/A

AGENTE DE POLÍCIA  
 CONFERIDOR

MAT: 42000787



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - M do sinistro ou/SL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 857.048.652-91 4 - Nome completo da vítima: Gleide Sousa MARTINS

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

5 - Nome completo: Gleide Sousa MARTINS 6 - CPF: 857.048.652-91  
 7 - Profissão: ASSISTENTE DE PLANEJAMENTO 8 - Endereço: Rua José de Souza Queiroz 1493 Curitiba 81203-130 9 - Número: 1493 10 - Complemento: 207 c3  
 11 - Bairro: BORITIS 12 - Cidade: Bom Jesus 13 - Estado: PR 14 - CEP: 81203-130  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 15 - TM (DDD): 95.99143-8641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 11 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, com a presente comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECURSO INFORMAR  R\$1.000,00  R\$2.500,00 até R\$5.000,00  
 SALÁRIO  R\$1.001,00 até R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)  
 CONTA POUÇANÇA (informe o nome do banco e o número)  CONTA CORRENTE (informe o número)  
 Bradesco (237)  Itaú (340)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 3027 CONTA: 226014 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informe o código do estado) (informe o código do estado)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de forma pontual e íntegra, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, beneficiário, reconheço, no ato da liberação, o valor do crédito, quitando integralmente o valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para análise de acordo com o procedimento estabelecido no Seguro DPVAT (Lei nº 6.184/74), uma vez que:  
 ■ Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou  
 ■ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 ■ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a regularização da avaliação no meu local de residência pelo Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e sem a realização do laudo do IML, concordando, desde já, em nome e benefício à avaliação feita presencialmente, caso necessário, às custas de quem emitir o laudo, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme estabelecido na Lei 6.184/74.

Declaro que esta avaliação não sofrerá qualquer prejuízo decorrente da contratação de avaliação médica, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteira  Casado (ou Civil)  Viúva  Separadamente  Vivo

24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos:  Falecidos  Não 30 - Vítima deixou netos/netas/netos/netas?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos:  Falecidos  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Fato relevante: Leitura e assinatura em duas vias, caso devida a indenização do Seguro DPVAT por morte e que lesas assinantes ou seus representantes e proventos em nome próprio, estando cientes, desde já, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legal de quem assina a petição (a rassi)  
 36 - CPF legal de quem assina a petição (a rassi)  
 37 - Assinatura de quem assina a petição (a rassi)  
 38 - 14 | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 21 | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

10 - Local e Data: Bom Jesus - PR 11/10/19

Gleide Sousa MARTINS  
 40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



CDD 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 139 474, data de expedição 29/01/15,

Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 649.806.852-39, com

domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R= José Queiroz, nº 1943,

complemento APT: 03, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Gleide Sausa MARTINS, cujo o condutor era

Gleide Sausa MARTINS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: BONDA - HONDA CG150 FANESI

Ano: 2010/2010

Placa: NAN-8419

Chassi: 9C9KCL550AR183201

Data do Acidente: 05-04-2019

Local e Data: AV. MARIO Homem de Melo

Caembe.

07.08.2019



Almir Lângelo Alves do Carmo

Assinatura do Declarante

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

**DANIEL AQUINO**  
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
 Daniel Aquino - Tabelião e R.º  
 Av. Afonso Torres, 4507 - Ara Graças -  
 B.º - 13400-000 - Caembe - PA  
 daniel@boavista.cartorioaquino.com.br

131.765-5d4edfa20bd4  
 Recatado por: VERDADEIRA a(s) firma(s)  
 \*ALMIR LÂNGELO ALVES DO CARMO

Em testemunho de verdade. BPO  
 De que dou fé. Boa Vista/RR, 07 de agosto de 2019.  
 Consulte os selos abaixo em: [cidades.portalser.com.br](http://cidades.portalser.com.br)  
 REC FIR 166286YDHJPK108V749Z21

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

Yliete  
 131.765  
 Yliete Carneiro Barbosa dos Santos  
 Escrevente Autorizada