

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: 2671120120200320153006

Processo 0807283-97.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Prioridade: Maior que 60 anos (conforme Lei 10.741/2003)

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

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

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

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

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

Descrição:

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
☐	11	20/03/2020 15:30:06	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
			Procurador
	11.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO
			2704952CONTESTACAO01.pdf
	11.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO
			2704952CONTESTACAOAnexo02.pdf
	11.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO
			KITSEGURADORALIDER.pdf
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	
		(Pelo advogado/curador/defensor de EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO) em 19/03/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (06/03/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA	
		Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 13/03/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
			Procurador
☐	8	12/03/2020 13:53:43	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA
			Analista Judiciária
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	
		Para advogados/curador/defensor de EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (06/03/2020)	DEBORA LIMA BATISTA
			Analista Judiciária
☐	6	06/03/2020 17:06:44	CONCEDIDO O PEDIDO
			BRUNO FERNANDO ALVES COSTA
			Magistrado
	5	06/03/2020 00:02:40	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL
			SISTEMA CNJ
	4	06/03/2020 00:02:40	RECEBIDOS OS AUTOS
			SISTEMA CNJ
	3	06/03/2020 00:02:40	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR
		Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	06/03/2020 00:02:39	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO
		1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
☐	1	06/03/2020 00:02:39	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
			Gregório Costa Nunes
			Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08072839720208230010

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 **EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO**, 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 SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/01/2019**.

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 11/01/2019 após 6 MESES da data do alegado acidente noticiado.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 05/07/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, 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.

Isso se deve, tendo em vista que além da notícia ter sido registrada pela vítima menor de idade, desacompanhado e sem qualquer testemunha do fato, o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 000830/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela BR 401, sentido Boa Vista, como garupa da motocicleta acima descrita, conduzida por seu marido, MANOEL JOSE DO NASCIMENTO (CNH 02755774675), quando o pneu traseiro furou, fazendo com que o condutor perdesse o controle. Que a comunicante caiu da motocicleta, sofrendo lesões corporais. Que registra **SOENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha
Agente de Polícia
Matrícula 42000632
Responsável pelo Atendimento

Ediné Maria Souza do Nascimento
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que esta (sua) unidade respondeu pelas informações acima relacionadas e declaro que pretendo responder civil e administrativamente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 239 (Declaração) e 240 (Constituição) da Constituição Federal do Brasil e no Código Penal Brasileiro."

Portanto, para que não paire 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 fora 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, CPC³.

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.

DO MÉRITO

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 geral⁴.

³“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)

⁴RECURSO 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 HOUE 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.

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 vítima⁵.

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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

⁵**Súmula 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.”

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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 citação⁷.

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 ação⁸

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 honorários 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:

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸**art. 1º. (...)**

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

- 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 exposto 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, 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,

BOA VISTA, 19 de março de 2020.

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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
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; **JOSELAINE 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 n.º 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 **EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08072839720208230010.

Rio de Janeiro, 19 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBI/IOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROSE SANTANA FEITOSA GUIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.196.422 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.196.422 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

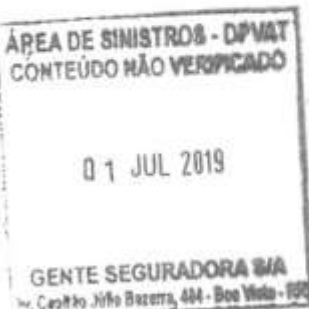
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA GILDEÃO</u>	Número <u>312</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>
Email <u>SANTANAGUIMARAE@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(95) 98129-0794</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99169-3685</u>



BOA VISTA, 26 de JUNHO de 2017
Local e Data


Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ANTÔNIA DA SILVA PEREIRA
RG nº 25.326, data de expedição 08/11/85
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 042.743.932-91
com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de RORAIMA
AV SURRONI B: SÃO VICENTE, nº _____
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO, cujo o condutor era
MANOEL JOSE DO NASCIMENTO
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 160 START Ano: 2016/2017
Placa: NAP-3775 Chassi: 9C2KC2500HR015947
Data do Acidente: 05/07/2018

Local e Data:

BOA VISTA-RR, 13 DE JUNHO DE 2018

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 Registrador
Av. Alvaro Pires, 6905 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3637-4180
daniel.aquino@cartorioseguro.com.br

117573.5d0278b1f159c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ANTONIA DA SILVA PEREIRA e MANOEL JOSE DO
NASCIMENTO

Em testemunho da verdade, L.F.S.
De que dou fé, Boa Vista/RR, 13 de junho de 2018.
Consulte a(s) tabela(s) abaixo em: cidades.portalsegur.com.br
REC/FIR168296P84TYTSVPUCMLP66 / REC/FIR168296JNVLTMAOJ97EP39 /

Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 6,00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Anamnese de Enfermagem		GSC	TOTAL
Anamnese - HORA DA CONSULTA	8.00	AD: 1 2 3 4 RQ: 1 2 3 4 6 MRG: 1 2 3 4 5 6	

Exame Físico	Inspeção: CCG = 15, movimento os 04 membros, Audição: 2. comentes, observação células expostas, Hipótese Diagnóstica: <u>Vitrologia</u>.
--------------	---

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) 400 ml 40 mg EV	Bom	ÁREA DE SINISTROS - DPMA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2) Dorcas na 12 EV	Bom	
3) Phos 400 mg		
4) 1000 ml 100 mg	Não tem no hospital	01 JUL 2019

1002.102.5.257-08884341841E731F297AE05437F49317F5E3B4EAE6C.html
 Dr. Cláudio Henrique A. da Silva
 Médico
 CRM-MG 1803
 Transcrição
 1/1

13-05

Exame clínico do
Bomgva Bucomário P. A. C. e
V. A. A. A. A.

Dr. Sérgio Henrique R. da Silva
Médico
CRM-RR 1803

[Signature]

BVF.

18/08/18.

12:45h.

Exame elaborado, com inflexão de arco
e deslocamento significativos. Hto. correlaciona
com anamnese. No Hcm.



Ata de Exame
Ar. A. A. A. A. A.

Rodrigo da França Azeite
Ortodontista
CRM-RR 257

[Signature]



5/07/2018 *[Signature]*

Relato de TCE sobre o tratamento ortodôntico realizado com o uso de
placa de vidro na laminação intra-oral.

CC 15, cap. 6 (7) parágrafo, inciso IV, item 1.

CC: Sem custo para o paciente no momento

Siracirio Dias
Natuário
CRM-RR 1347

18-30h

mar 11 2018

[Signature]

**HOSPITAL MACROREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE
PRESIDENTE DUTRA-MA**



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

A paciente **Edine Maria Souza do Nascimento**, com prontuário de nº 197449, deu entrada neste hospital em 03/10/2018, a pedido da interessada: informa que sofreu acidente de moto há 1 mês (SIC), paciente HIAS + DM, apresentando trauma em face, dor e edema, dificuldade para deglutir. Foram realizados todos os exames admissionais que evidenciaram fratura de zigoma direito.

Foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de osteossíntese. Procedimento realizado por Dr. Magno Bacelar Jr, CRO 4184.

Recebeu alta em 05/10/2018, com orientação para acompanhamento ambulatorial.

CID-10: S 02.4

Presidente Dutra - MA, 08/10/2018.

Sérgio Augusto S. Moraes
Diretor Clínico
CRM - 9340
H.M.U.E.P.O.

Rua Honório Gomes, S/N - Centro

Presidente Dutra-MA

CEP: 65760-000

ÁREA DE REGISTRO - OPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2018

COMPTE SEGURADORA S/A
Av. Eng. Dr. Hila Bentes, 111 - São João - RJ

Nº PRONT.

197449

GUIA DE ATENDIMENTO

10:30:30

03/10/2018

MÉDICO

DADOS DO PACIENTE

NOME EDINE MAARIA SOUZA DO NASCIMENTO

DN 24/08/1959 ID 59 SUS 705 0026 7328 6751

EST. CIVIL CASADO

PAI JOSE FERREIRA DE SOUZA

COR PARDA

SEXO F

MÃE LUIZA FERREIRA LIMA

FONE

ENDEREÇO TRAVESSA 04, Nº 530

BAIRRO VILA MILITAR

CIDADE PRESIDENTE DUTRA - MA

NATURALIDADE PRESIDENTE DUTRA - MA

RESP.

Marlene de M. Pereira

Ass. Recepcionista:

Deborah

Nível de consciência:

consciente

Escala de dor:

leve

Doenças pré-existentes:

Diabetes Hipertensão

Queixa: Queixa de inchaço na perna e dor na face

Medicamentos em uso:

Alergias:

uracina

Obs.:

Peso aproximado:

PA: 60x70cm

FR:

TEMP.:

SAT O2:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

☒ AZUL☐ VERDE☐ AMARELO☐ VERMELHO

ENFERMEIRO:

CURATIVO

IMOBILIZAÇÃO:

MS

MI

PARACENTESE ABDOMINAL

TAMPONAMENTO NASAL

RETRADA DE FIMADOR

RETIRADA DE FIO DE KIRSCHNER

ÁREA DE SINISTROS - OPMAT
CONTÉIDOR NÃO VERIFICADO

07 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Capitais: 30% Bazar, 40% - 50% 50% - 10%

HCAVDA = Risco cirurgico

HAS + DM

ACC

ECG = RS, DCRD, limites normais

LAB → glic 226, g/dl

#Risco global II / ASA II

ABS: Sujeito controlado de glicemia

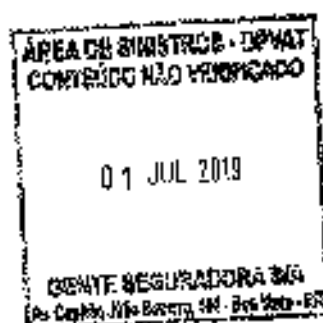
e de pressão arterial

Ass. Soc. Marcio
Ass. Soc. Marcos
Ass. Soc. Marcos
Ass. Soc. Marcos

Pelo 03.10.18

Paciente avaliada oporata TC com
fratura de zygoma.

Interessa em planos para cirurgia



Mário Herculano Jr.
Médico Bucodentário
CRO-RJ 4184



AUGUSTOS

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Paciente: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
Sexo: FEM
Convênio: NEOCLINICA - PARTICULAR
Solicitante: Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
Idade: 59 anos
Código: 149808.01
Data: 29/11/2018 13:31:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

TÉCNICA:

As imagens foram obtidas no plano axial utilizando-se técnica multislice, sem utilização de substância de contraste por via endovenosa.

ACHADOS:

Não há evidências de processo expansivo intraparenquimatoso, coleções líquidas extra-axiais, desvio das estruturas da linha média, isquemia aguda/subaguda, hematoma agudo intraparenquimatoso ou de apagamento das cisternas da base.

O sistema ventricular apresenta topografia, morfologia e dimensões normais.

Substâncias branca e cinzenta com coeficiente de atenuação normal aos raios-X.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto tomográfico habitual.

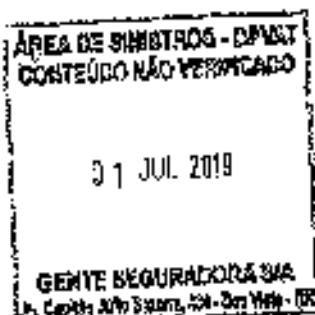
Placas de ateroma calcificada nas artérias carótidas internas.

Porções focalizadas dos seios paranasais e células das mastóides com transparência normal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Doença ateromatosa nas artérias carótidas internas.

DR. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JÚNIOR
CRM 2854





Pronto Socorro Francisco Eliesbão

Governo do Estado

Pronto Atendimento Ailton Rocha

Secretaria do Estado de Saúde

Orientações para TCE:

Até o momento não pudemos constatar, através dos exames realizados, qualquer evidência de que o TCE deste paciente tenha sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste hospital, portanto será **LIBERADO**. Entretanto, novos sintomas, sinais e complicações inesperadas podem ocorrer horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais críticas. É aconselhável que este paciente permaneça em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período. O paciente deve retornar ao hospital especializado imediatamente, se aparecerem sintomas ou sinais abaixo relacionados:

- Dor de cabeça
- Sonolência excessiva ou insônia
- Irritabilidade, ansiedade ou labilidade emocional
- Desmaios, fraqueza, diminuição da força nas pernas, metade do corpo ou formigamento, adormecimento no corpo
- Dificuldade de falar ou entender, de memória, ou para se concentrar
- Distúrbio de personalidade ou de comportamento
- Confusão mental ou perda progressiva da consciência
- Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão
- Diminuição da audição, da visão ou intolerância à luz
- Movimento estranho dos olhos, visão dupla
- Alteração da respiração das batidas do coração, febre ($>37,8^{\circ}\text{C}$)
- Perda de líquido ou sangue pelo ouvido ou nariz
- Tamanhos ou formas das pupilas dos olhos diferentes
- Queda depressivo ou de agressividade
- Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço
- Dificuldades para realizar suas atividades domésticas ou no emprego
- Pode continuar usando somente as medicações prescritas por seu MÉDICO, porém, não use sedativos ou remédios para dormir, xarope para tosse, ou outras que possam produzir sono ou hebreas alcoólicas, no menos durante 48 horas. Durante este período, deve ser observado frequentemente, para que se possa avaliar a presença das orientações acima.

Assinatura

Recebi o Original em 08/07/18

* Obs.: Este documento será feito em 2 vias, sendo retida a 2a via na instituição.



FOLHA DE SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: <u>Edine Marcia Souza do Nascimento</u>					Nº DO PRONTUÁRIO	
Sexo: <u>F</u>	Cor	Idade	Estado Civil		Profissão	
Clínica: <u>Buco</u>			Médico Assistente			
DIAGNOSTICO						
Provisório						
Principal: <u>Fratura de zygma</u>						
Acessórios Complicações				"Causa Mortis"		Histo- Patológico
						ÁREA DE SINISTROS - DPMA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Sintomas e Sinais Principais <u>Dor, dificuldade para mastigar</u>						01 JUL 2019
						GENTE SEGURADORA S/A Av. Capim São Paulo, 512 - Jd. Vila - SP
TRATAMENTO						
TIPO		TERAPÉUTICA		OPERAÇÃO		EFICÁCIA
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirúrgico ☐ Médico Cirúrgico				Principal <u>osteossíntese</u> Acessórios		☒ Eficaz ☐ Ineficaz ☐ Prejudicial ☐ Não Avaliado
Data da Internação		Data da Alta		Data de Hospitalização		
<u>03.10.18</u>		<u>05.10.18</u>				
ALTA						
CONDIÇÕES		TIPO		ÓBITO		
☒ Curado ☐ Melhorado ☐ Estacionado ☐ Outros*		☒ Decisão Médica ☐ A Pedido ☐ Por Indisciplina ☐ Para Tratamento Ambulatório ☐ Transferência p/ outro Hospital ☐ Vale só p/ Diagnóstico ☐ Outros*		☐ S/ Tratamento ☐ Decurso Tra. Clínico ☐ Operatório ☐ Pós-Operatório (12hs) ☐ Pós-Operatório (24 hs) ☐ Pós-Operatório (1ª Semana) ☐ Pós-Operatório (Até 40 dias) ☐ Outros*		
*ESPECIFICAR AQUI		*ESPECIFICAR AQUI		*ESPECIFICAR AQUI		
<u>05.10.18</u>				<u>Magnó Elacelar Jr.</u> Cirurgião Bucodentofacial CRO-MG 4184 Ass. do Médico		
Data						



E C O P E R E Z

Ecodopplercardiografia Transtorácica e Transesofágica/Ecodopplercardiografia Fetal/ Ecografiar Vascular

Laudo de Ecodopplercardiograma

Paciente : EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Exame : 008875

Data de Nasc.: 24/08/1959

Sexo : Feminino

Data : 13/08/2018

Idade : 58 Anos 11 Meses

Convênio : CDD

Matric. :

Solicitado por Dr. Fernando Perez

Registro

Dados do Exame

Dados do Paciente:

Altura 155 cm
Peso 74,00 kg
Superfície Corporal 1,733 m²

Parâmetros Estruturais:

Aorta (Diâmetro da Raiz)	24 mm	(23 ± 02) mm, /SC: 14 (13 ± 01) mm/m ²
Átrio Esquerdo	30 mm	27 a 38 mm, /SC: 17 (15 a 23 mm/m ² - Normal)
Diâmetro Ventricular Direito	32 mm	
Diâmetro Diastólico Final do VE	43 mm	37,8 a 52,2 mm - Normal
Diâmetro Sistólico Final do VE	27 mm	21,6 a 34,8 mm - Normal
Espessura Diastólica do Septo	08 mm	06 a 09 mm - Normal
Espessura Diastólica da PPVE	08 mm	06 a 09 mm - Normal

Relações e Funções Ventriculares:

Volume do AE/ Superfície Corporal	26,7 ml/m ²	16 a 34 ml/m ² - Normal
VE(d) / Superfície Corporal	24,81 ml/m ²	24 a 32 ml/m ² - Normal
VE(d) / Altura	27,74 ml/m	25 a 32 ml/m - Normal
Volume Diastólico Final	83 ml	46 a 106 ml, /SC: 48 (29 a 61 ml/m ²)
Volume Sistólico Final	27 ml	14 a 42 ml, /SC: 16 (8 a 24 ml/m ²) - -
Fração de Ejeção (Simpson)	62 %	54 a 74 % - Normal
Fração de Ejeção (Teicholz)	67 %	
Percent Encurt Cavidade	37 %	27 a 45 %
Massa Ventricular Esquerda	106,03 g	67 a 162 g - Normal
Massa do VE / Superfície Corporal	61,19 g/m ²	43 a 95 g/m ² - Normal
Massa do VE / Altura	68,41 g/cm	41 a 99 g/cm - Normal
Espessura Rel. das Parades do VE	0,37 cm	0,22 a 0,42 cm - Normal
Relação ERP e Massa VE i:	Normal	
Relação E/A	0,57	0,75 < E/A > 1,5 (E/e' Sep.: 15,16)
TD Mitral:	296,41 ms	200 ± 40 ms
Variação da Vela Cava Inferior (VCI)	90,91 %	> 50 %

ÁREA DE SINISTROS - DPUAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

Página: 1

Endereço: Rua dos Estudantes, 100 - Jd. dos Estudantes - Foz de Iguaçu - Paraná - CEP: 85800-000 - Fone: (41) 3333-1000 - Site: <http://www.ecoperes.com.br>

GENTE SEGURADORA S/A
R. Cristiano 275 - B. Santa Helena - Foz de Iguaçu - PR



E C O P E R E Z

Echocardiografia Transesofágica e Transesofágica/Echocardiografia Total / Ultrassonografia Vascular

EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Parâmetros Descritivos

EXAME REALIZADO EM APARELHO G&E LOGIQ 6 PRO, COM TRANSDUTORES SETORIAL (ECHO-CARDIOGRAFIA) E CONVEXO (ANÁLISE DA AORTA ABDOMINAL).

Paciente encontra-se em **Ritmo Sinusal e Regular** sendo o exame de realização técnica adequada.

A **Artéria Aorta** encontra-se **sem anormalidades** em via de saída do VE, seios aórticos e na junção simpúbular. A **Aorta Abdominal** exibe calibre adequado, com espessura preservada das paredes e **SEM** sinais de aterosclerose.

Em análise volumétrica do **Átrio Esquerdo** constatamos **encontrar-se sem anormalidades**.

O **Ventrículo Esquerdo** exibe os parâmetros de função sistólica adequados e sua geometria encontra-se **sem anormalidades**.

O **Ventrículo Direito** (porção média - A4C) exibe os parâmetros de função sistólica e contratilidade **sem anormalidades**. (TAPSE: 26 mm)

A **Valva Tricúspide** encontra-se **sem anormalidades**.

A **Valva Mitral** encontra-se **sem anormalidades**.

A **Valva Aórtica**, é **TRIVALVULADA**, tem folhetos finos, abertura e mobilidade adequadas. Foi mensurada a velocidade máxima da saída valvar: 1,2 m/s (Normal: < 2,6 m/s).

A **Valva Pulmonar** demonstra **padrão displásico com fluxo turbulento**. Foi medido o gradiente máximo Vp-TP: 43,55 mmHg. Observamos, ainda, **jato regurgitante, compatível com REFLUXO DISCRETO**.

Observamos o **Índice de Colapsibilidade da Veia Cava Inferior (ICVCI)**, sem anormalidades.

A **Função Diastólica** mostra-se compatível com **Disfunção Diastólica Grau I - Déficit de Relaxamento**.

* TAPSE: Triangulo anterior plano superior excavation - Deslocamento do anel Tricúspide.

Dr. Fernando Perez
Cardiologista
CRM-RR 639 - RQE: 655

Dr. Fernando Perez
CRM-RR 659

Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC/AMCRA - RQE 655
Especialista em Medicina Legal e Forense, Medicina pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica - ABMLP/AMOCM - RQE 572
Professor de Clínica de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.

Referências

- 1) Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging - Journal of the American Society of Echocardiography (JASE), Volume 28, Issue 1, Pages A1-A28, 1-18 (January 2015). Parâmetros: AE, Área AE, VE(d) Indicados, Espaço PV/VE, Área do VE, Área do VE e relações, FRP, An. Vol do AE/VE, V(L/d) Fluxo do Ejeção(SIMPSON).
- 2) ASE/ASE Echocardiographic Assessment of Valve Stenosis. JASE 2000; Volume 22 (Issue 1).
- 3) Recommendations for Evaluation of the Severity of Native Valvular Regurgitation with Two-dimensional and Doppler Echocardiography - JASE 2000; 16:777-802.
- 4) ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. JACC 2005; 46:3, e1-148.

REA DE SIMBIOSE - UPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

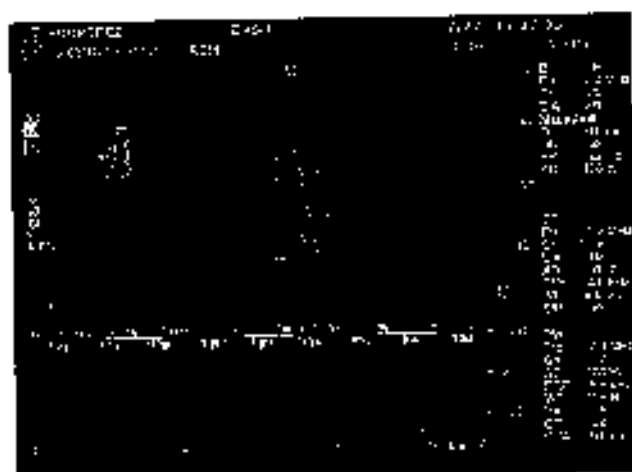
Página: 2

Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica - ABMLP/AMOCM - Fone: (0800) 7101 5375 - <http://www.abmlp.com.br>

CENTE SEGURADORA S/A
Cidade Rio de Janeiro, RJ - Rua Vitor - 85

Nome EMSN

Data 13/08/2018



ÁREA DE MINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

91 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão Maciá, 144 - São João - SP

Dr. Fernando Perez
Oncologista
CRM-RR 858 RQC 558

07 JUL 2019

COMPANHIA SEGUROSA S.A.
Rua Capão Verde, 200 - 4º andar - São Paulo - SP



NEOCLÍNICA

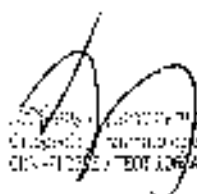
Qualidade para sua saúde

Eclíné Maria Souza Vasconcelos

Solteiro:

D.T.C. crânico

2.8
11
18


Dr. Eclíné Maria Souza Vasconcelos
CRM-12345 / RBO 1234

Clínica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Oftalmologia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Otorrinolaringologia - Neurologia
Dermatologia - Mastologia - Radiologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3131-6666 / 3221-6174 • www.neoclinica.net.br



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Paciente: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
Nascimento: 24/03/1959

SOLICITO:

ENCAMINHAMENTO AO NEUROLOGISTA

Teresina 03/12/2018

DR. GLAISON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Cangaço, 500 - Térreo - Teresina - PE

Clínica Médica - Cardiologia - Dermatologia - Endocrinologia - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Pneumologia - Proctologia - Radiologia - Ortopedia - Oftalmologia - Nefrologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Hematologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone: 3331-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

004 18 09 13

004 18 09 13

004 18 09 13

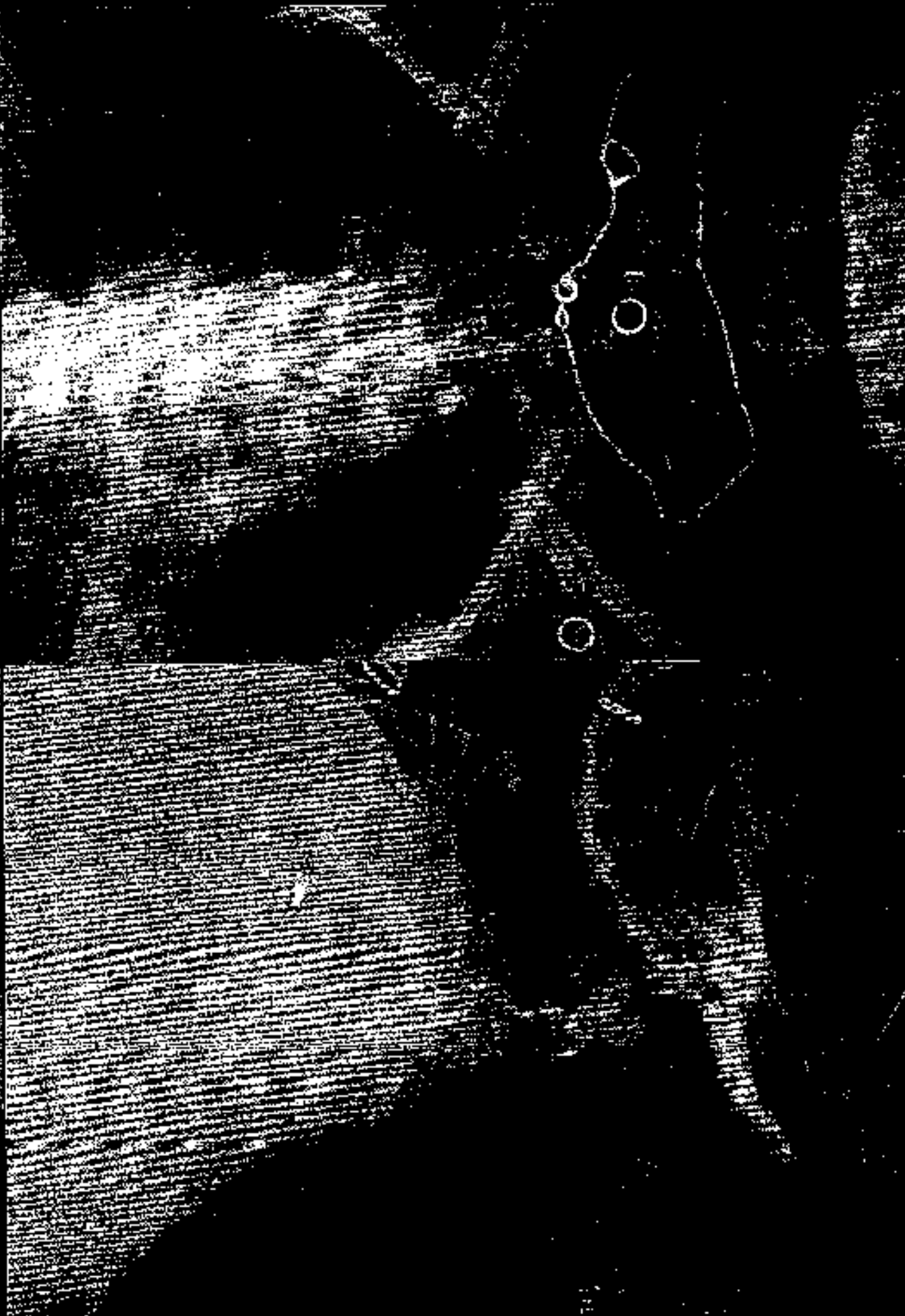
004 18 09 13

EDINE M. SOUZA DO NASCIMENTO

AREA VERM. G.T

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC. CAMILO ADOLEFSON



D

EDINE M. SOUZA DO NASCIMENTO

AVILA VERM. 07

5/7/2018 09:44:15

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TO DANIEL EDLER NELSON

1000%

EDINLE M. SOUZA DO NASCIMENTO

AR 70 x 400 C.T.

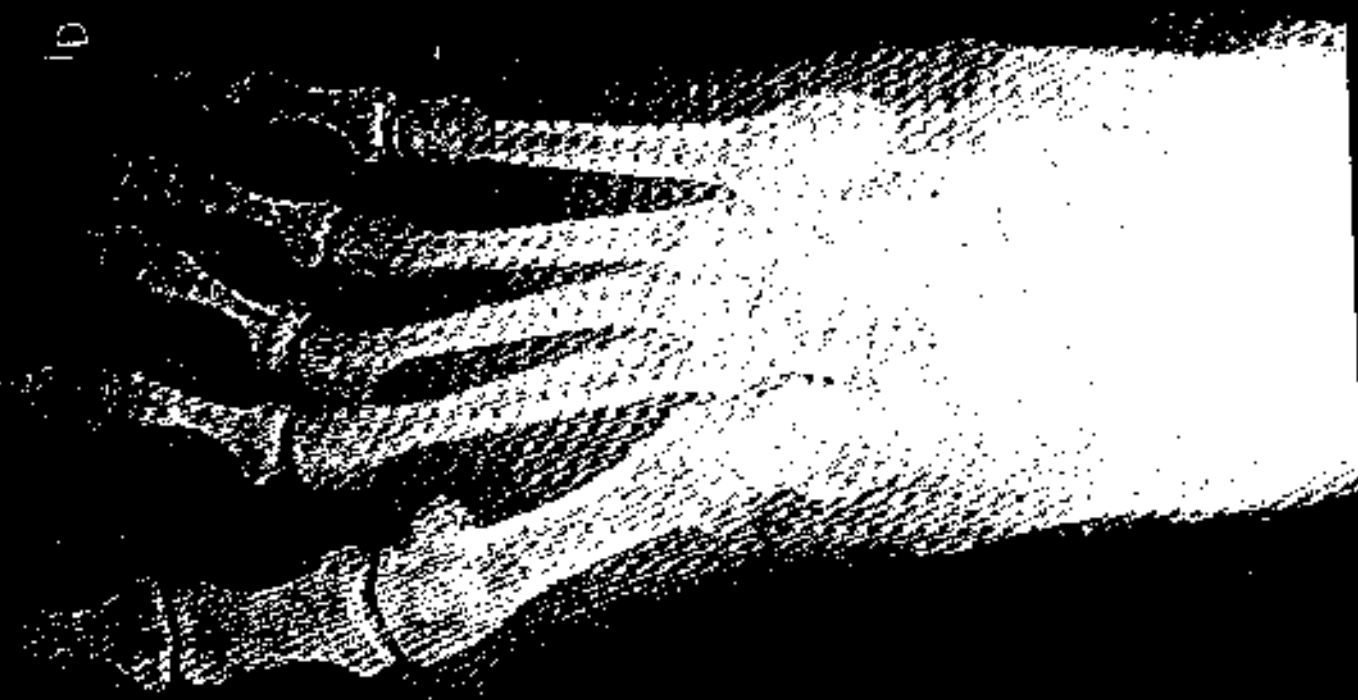
5/7/2018 09:44:15

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR CARVALHEIR NIELSON

27/7/16

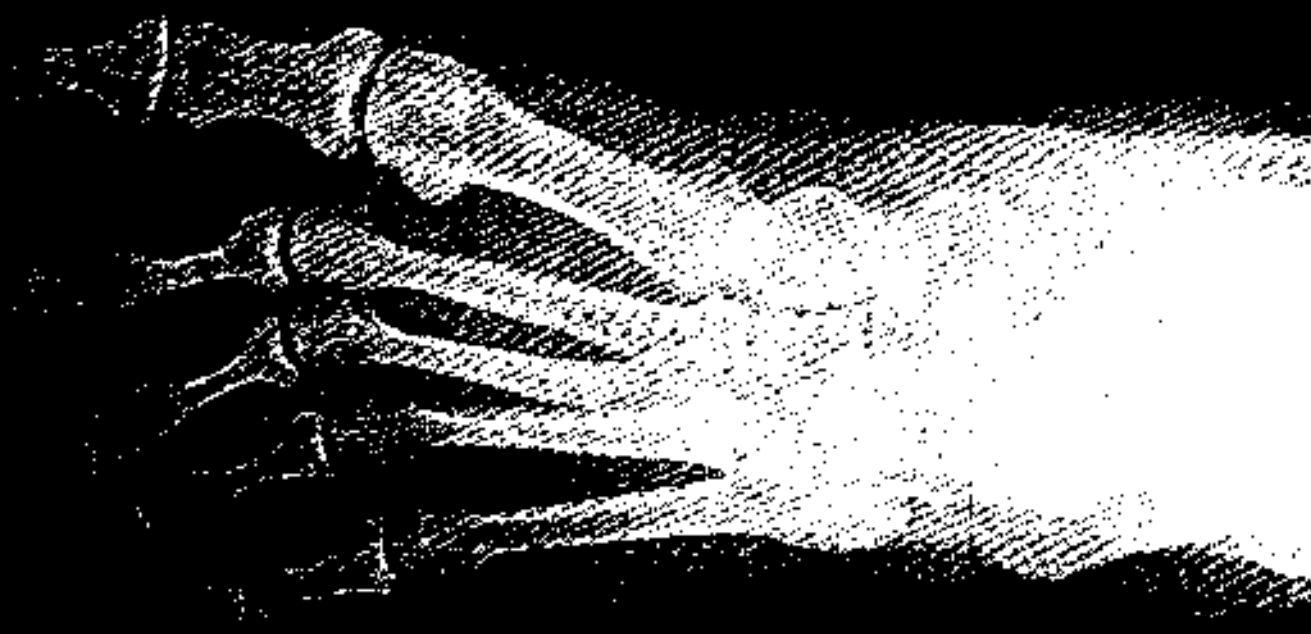
10



1-400-466-1

WISOP

11



9435

10/03/2018

EDNEI M SOUZA

HOSPITAL CORONEL MOTA

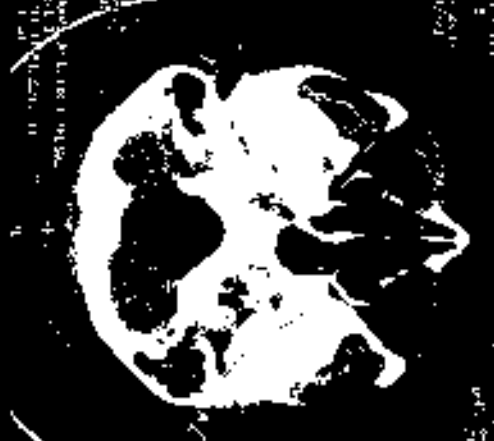
1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor



1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor



1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

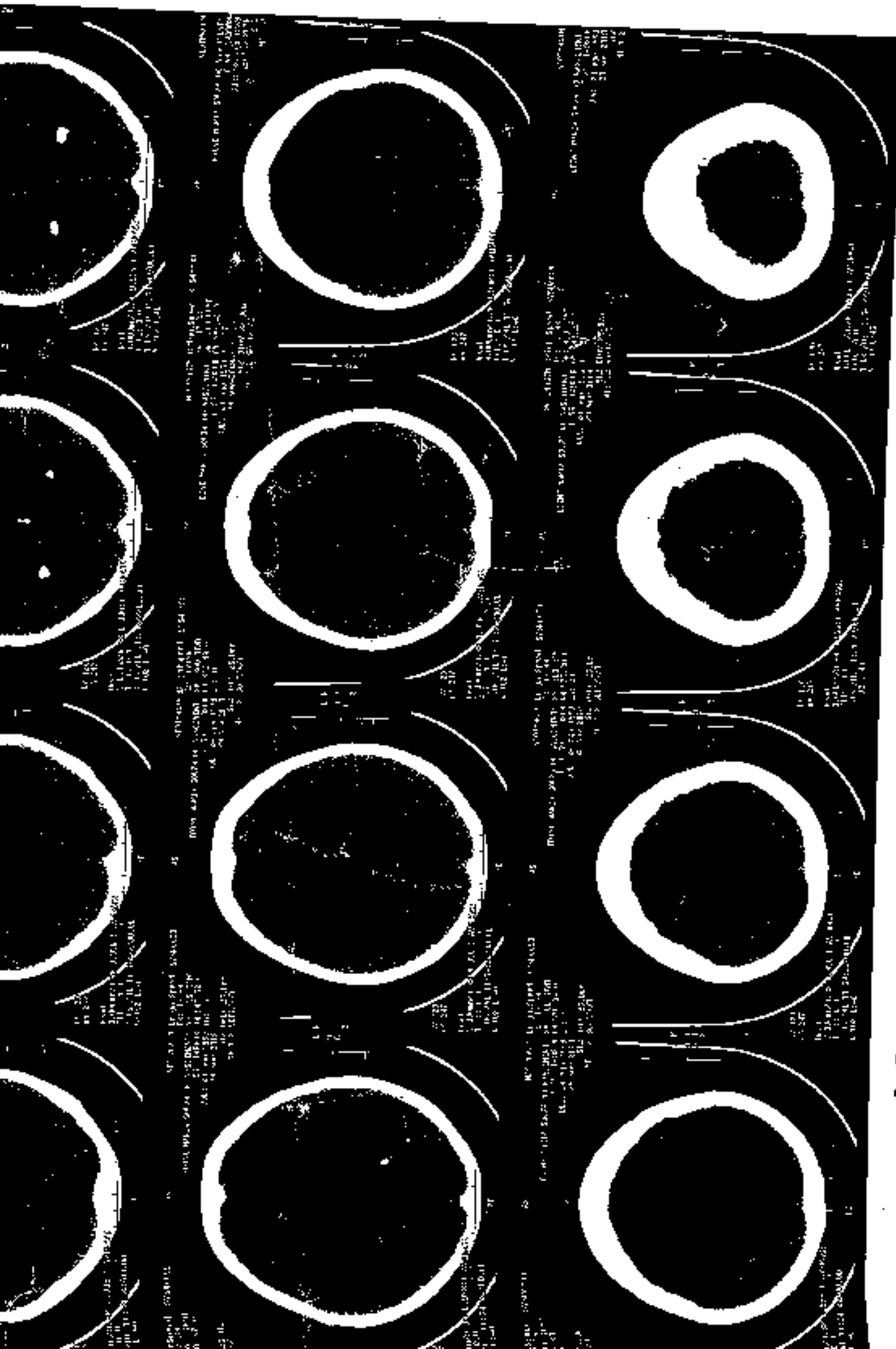
1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

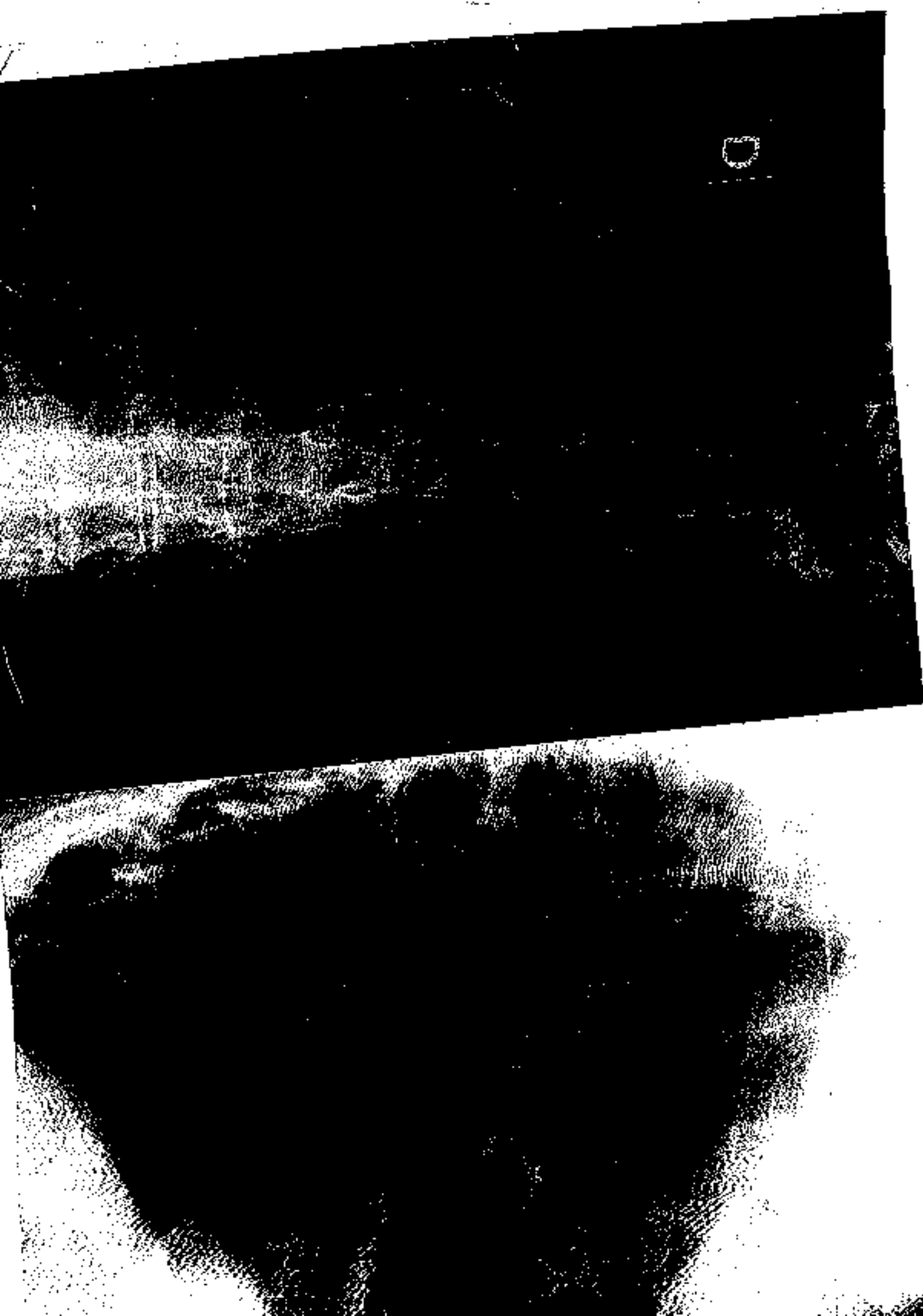
1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor

1979, Vol. 11, No. 2, 25-32
 The Author
 The Editor









180373-15

EDNEI M SOLZA

82.5 %

9435

JOSEPH AL CORBONE, MOTA

W 1501

199002012

53.7 %





D

HOSPITAL CORONEL MOTA

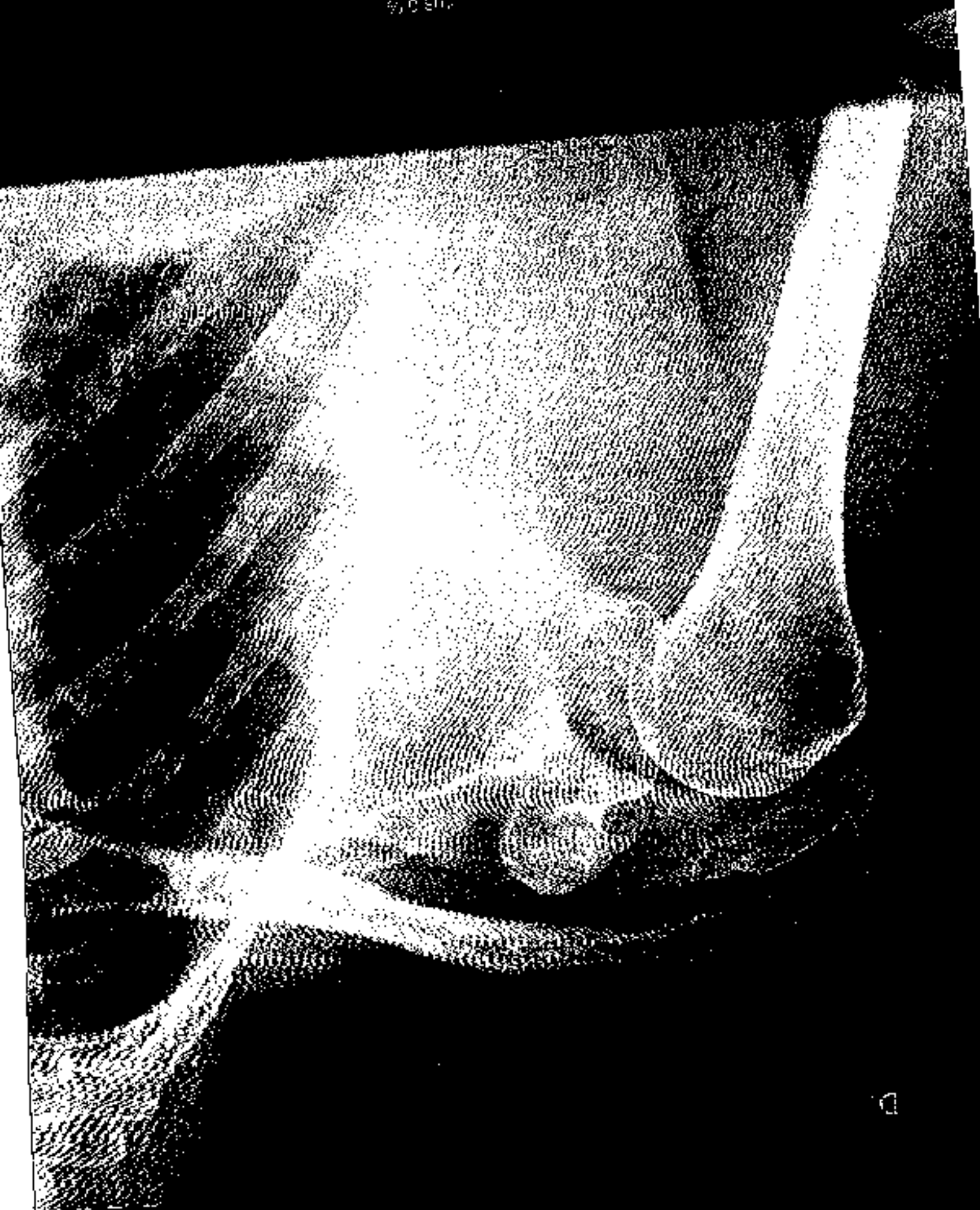
EDNEI M. SOUZA

15/08/2013

9485

01/08/13

01/08/13



E

D

EDNEI M SOUZA

9435

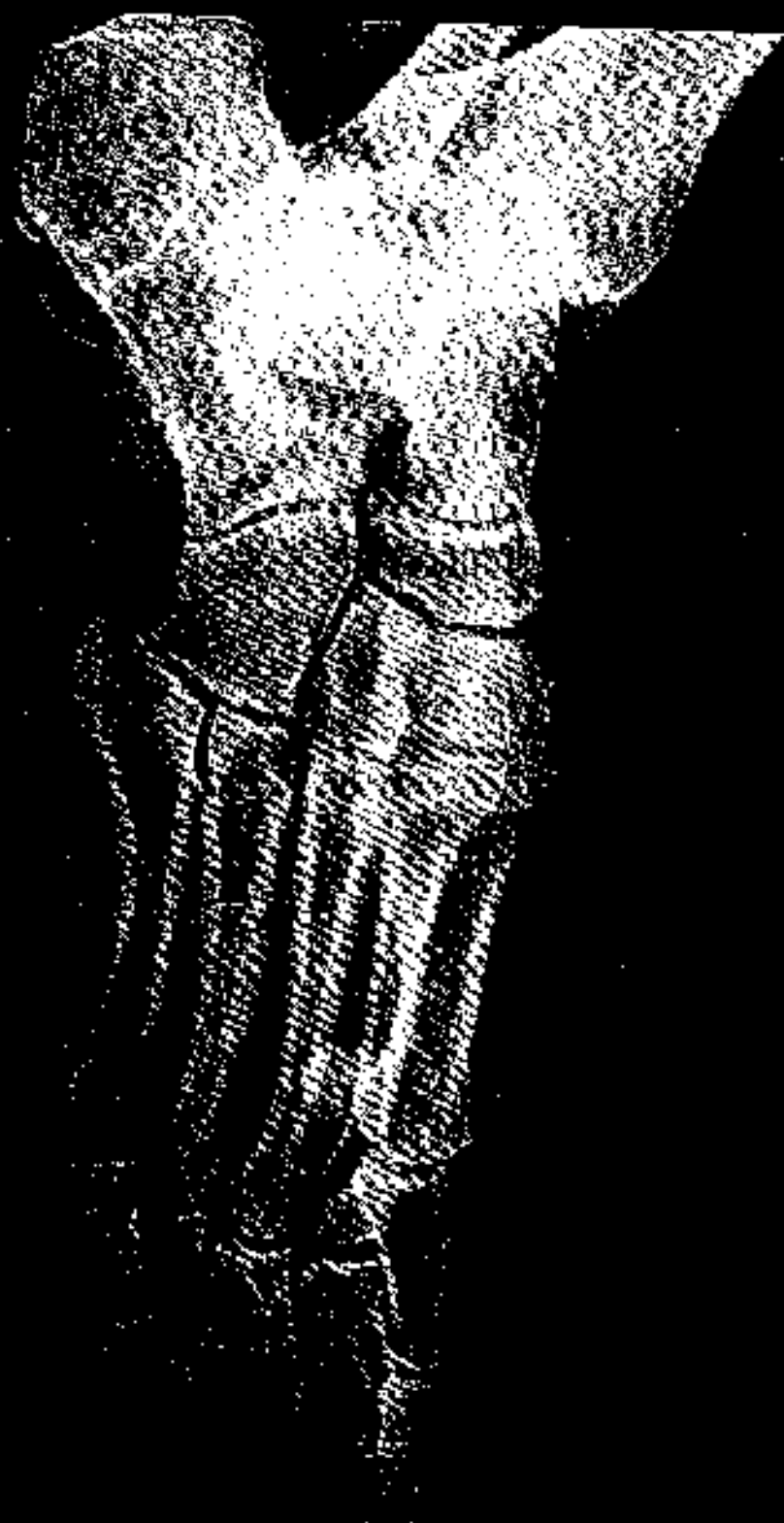
HOSPITAL CORONEL MOTA

16/03/2019

Vision

Tamara

11



101



|E|



EDNEI M SOUZA

8435

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2018

Vision

100.0%



1540000 4

0204

EDNEI M SOUZA

8435

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vitor

1540000 18

air real

(D)

13/08/2015

EDNEI M. SOLZA

Tam. real

9435

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilão



[m]

76116/2078

T&M 196

Av. Ville Poy, 5579 - Centro, Itaquara (Rio de Janeiro)
 CE: 269-200 Boa Vista-RJ

STATION 41104 28100
E 28100

A vertical strip of four black and white photographs showing a person's face in different expressions: a neutral look, a slight smile, a wide smile, and a laughing expression.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

KL 120
M 258
H=28
2.58800/18.75 U. 938-1 AVT/ROG
T117: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/20.00
L: 1350
I 143

clinical@clinical.com clinical@clinical.com
1951 3224-7999 1951 3224-0485 1951 3623-1091 Fax
(95) 99122-2122 Vm (95) 99119-0665 Tim

2007

Clinica Radiológica Oliveira

Av. Vile Rm 6525 - Jooia, (282) 6206.4700 (10x)
25 361-700 BSA Vida-PR

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA



CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA - Jooia - PR
REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA - Jooia - PR
REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA - Jooia - PR
REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

REC: 00011007
F 03 00011007
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001
0001: 24 JUL 1984
DE: 01 0001

Brigadeiro
F: 1.200
S: 400
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

Brigadeiro
F: 1.200
S: 400
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

Brigadeiro
F: 1.200
S: 400
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

1.10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EDNE KAHN, 500.24
F: 63 000.000
U: 017.000
L: 1

AY 120
CY 200

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

AY 120
CY 200

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

AY 120
CY 200

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

AY 120
CY 200

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

AY 120
CY 200

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

AY 120
CY 200

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

AY 120
CY 200

Head
3.5887/18.75 0.0081 1 AVERAGE
Title: 0.0
0.85 / 11:28:20/00.00
P-2000 L:1300

2.188

clinicalcare@medmail.com clinicalcare@medmail.com

(95) 3224-7909 (95) 3224-0485 (95) 3623-1091 Fax
(95) 99122-2122 WWO (95) 98719-0555 Tim

Clínica Radiológica Oliveira

Av. Vitor Roca, 5529 - Chafariz (Fragata) - Rio de Janeiro
 20.040-000 - RJ

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.



Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.



Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.



Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.

Exame: Radiografia de tórax em PA e lateral.
Indicação: Exame de rotina.
Observação: Não há alterações evidentes no tórax.



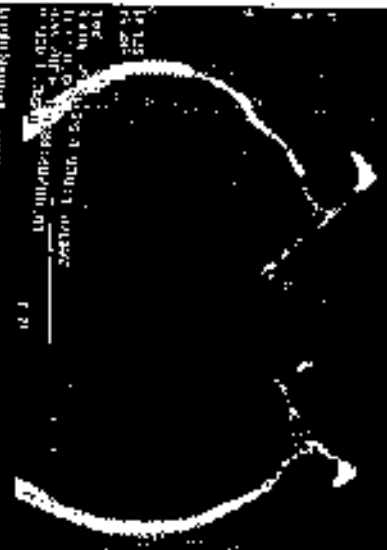
19. 2000
20. 2000
21. 2000
22. 2000
23. 2000
24. 2000
25. 2000
26. 2000
27. 2000
28. 2000
29. 2000
30. 2000
31. 2000
32. 2000
33. 2000
34. 2000
35. 2000
36. 2000
37. 2000
38. 2000
39. 2000
40. 2000
41. 2000
42. 2000
43. 2000
44. 2000
45. 2000
46. 2000
47. 2000
48. 2000
49. 2000
50. 2000
51. 2000
52. 2000
53. 2000
54. 2000
55. 2000
56. 2000
57. 2000
58. 2000
59. 2000
60. 2000
61. 2000
62. 2000
63. 2000
64. 2000
65. 2000
66. 2000
67. 2000
68. 2000
69. 2000
70. 2000
71. 2000
72. 2000
73. 2000
74. 2000
75. 2000
76. 2000
77. 2000
78. 2000
79. 2000
80. 2000
81. 2000
82. 2000
83. 2000
84. 2000
85. 2000
86. 2000
87. 2000
88. 2000
89. 2000
90. 2000
91. 2000
92. 2000
93. 2000
94. 2000
95. 2000
96. 2000
97. 2000
98. 2000
99. 2000
100. 2000



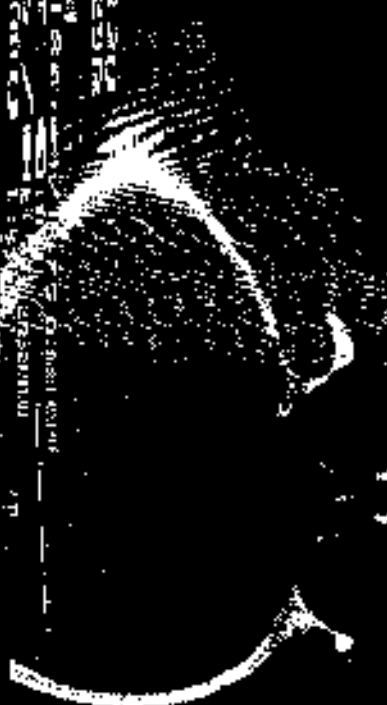
Post
540-7100, 1-800-441-4411
1415 E.
9th St., Suite 100
Portland, OR 97214



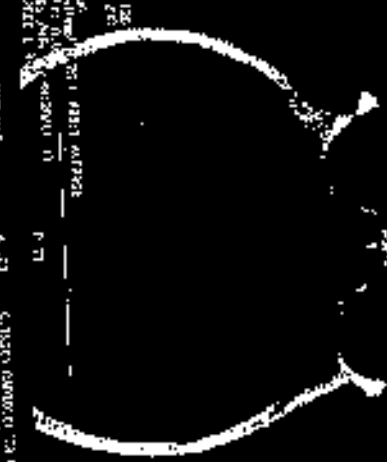
Feb 11 1900



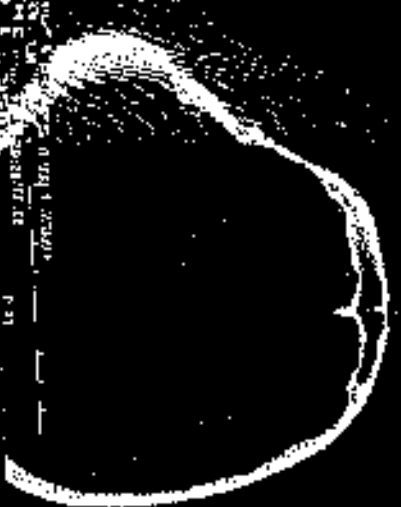
一、
 二、
 三、
 四、
 五、
 六、
 七、
 八、
 九、
 十、



$\frac{0.67}{0.67 + 0.33} = \frac{0.67}{1.00} = 0.67$



1.0	0.15	0.05
1.0	0.15	0.05
1.0	0.15	0.05

[illegible]

1945	100.0
1946	100.0
1947	100.0
1948	100.0
1949	100.0
1950	100.0
1951	100.0
1952	100.0
1953	100.0
1954	100.0
1955	100.0
1956	100.0
1957	100.0
1958	100.0
1959	100.0
1960	100.0
1961	100.0
1962	100.0
1963	100.0
1964	100.0
1965	100.0
1966	100.0
1967	100.0
1968	100.0
1969	100.0
1970	100.0
1971	100.0
1972	100.0
1973	100.0
1974	100.0
1975	100.0
1976	100.0
1977	100.0
1978	100.0
1979	100.0
1980	100.0
1981	100.0
1982	100.0
1983	100.0
1984	100.0
1985	100.0
1986	100.0
1987	100.0
1988	100.0
1989	100.0
1990	100.0
1991	100.0
1992	100.0
1993	100.0
1994	100.0
1995	100.0
1996	100.0
1997	100.0
1998	100.0
1999	100.0
2000	100.0
2001	100.0
2002	100.0
2003	100.0
2004	100.0
2005	100.0
2006	100.0
2007	100.0
2008	100.0
2009	100.0
2010	100.0
2011	100.0
2012	100.0
2013	100.0
2014	100.0
2015	100.0
2016	100.0
2017	100.0
2018	100.0
2019	100.0
2020	100.0
2021	100.0
2022	100.0
2023	100.0
2024	100.0
2025	100.0
2026	100.0
2027	100.0
2028	100.0
2029	100.0
2030	100.0
2031	100.0
2032	100.0
2033	100.0
2034	100.0
2035	100.0
2036	100.0
2037	100.0
2038	100.0
2039	100.0
2040	100.0
2041	100.0
2042	100.0
2043	100.0
2044	100.0
2045	100.0
2046	100.0
2047	100.0
2048	100.0
2049	100.0
2050	100.0
2051	100.0
2052	100.0
2053	100.0
2054	100.0
2055	100.0
2056	100.0
2057	100.0
2058	100.0
2059	100.0
2060	100.0
2061	100.0
2062	100.0
2063	100.0
2064	100.0
2065	100.0
2066	100.0
2067	100.0
2068	100.0
2069	100.0
2070	100.0
2071	100.0
2072	100.0
2073	100.0
2074	100.0
2075	100.0
2076	100.0
2077	100.0
2078	100.0
2079	100.0
2080	100.0
2081	100.0
2082	100.0
2083	100.0
2084	100.0
2085	100.0
2086	100.0
2087	100.0
2088	100.0
2089	100.0
2090	100.0



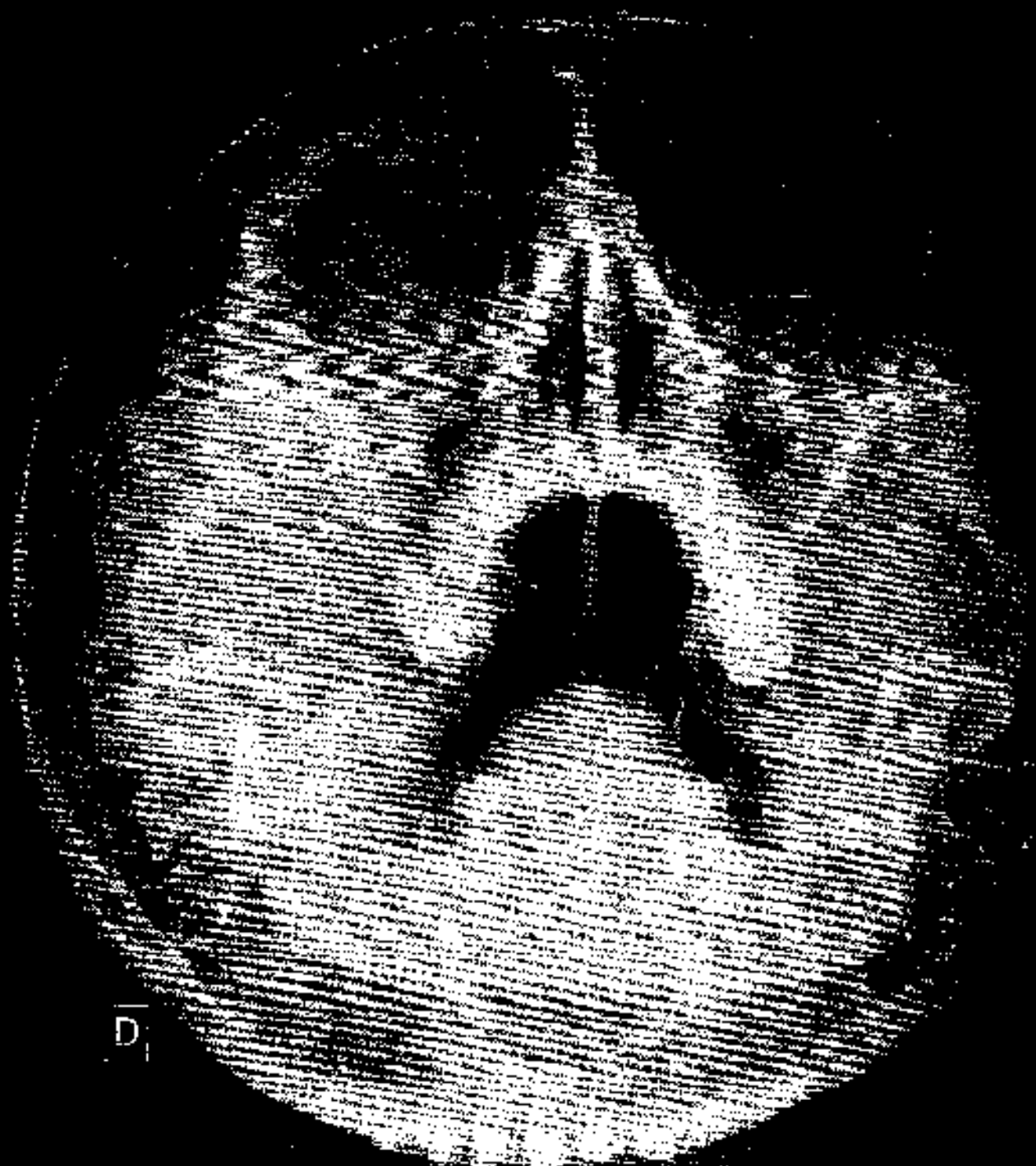
100

എറണാകുളം **എറണാകുളം**

(95) 3224-7999 (95) 3224-0485 (95) 3623-
(95) 99122-2122 fax (95) 98119-0555 fax



D



D

10/08/2018

EDNEI M SOUZA

9435

HOSPITAL CORONEL MOTA

visor

[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 06-23-2011 BY 60321 JAL/MLL

1990

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOSÉLIO CRUZ



Polegar Direito



Ediné Maria Souza do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 540735-4

DATA DE EMISSÃO 18/12/2017

EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

RELIGIÃO

JOSÉ FERREIRA DE SOUZA
LUIZA FERREIRA LIMA
NATURALIDADE

PRESIDENTE OUTRA - MA

DATA DE NASCIMENTO 24/08/1959

CERTIDÃO CAS 969 FLS 56 LIV 35
2ª OF PRESIDENTE OUTRA - MA

703.196.422-91

1ª VIA

ANADELI SOUZA TRIASCHI
Fotografadora

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - ROR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405805 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 05/07/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: DO LAR RG: 570735-4
CPF: 703.196.422-91 ENDEREÇO: RUA GILDEÃO Nº 62
BAIRRO: NOVA CANAÃ CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.316-785

VÍTIMA: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
CPF: 703.196.422-91 DATA DO ACIDENTE: 05-07-2018
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: José Santana Feitosa Guimarães
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº DO RG: 114846399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627942803-68
ENDEREÇO: RUA GILDEÃO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

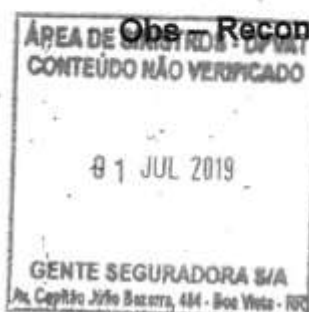
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista - RR, 13 de JUNHO de 20 19.

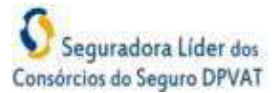
Edine Maria Souza do Nascimento
Assinatura



Obs: Reconhecimento por autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220732/19

Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

CPF: 703.196.422-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2018

Titular do CPF: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO : 703.196.422-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190405805

Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190405805

Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

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

1 - 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: 703.196.422-91 4 - Nome completo da vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 703.196.422-91
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA GIDEÃO 9 - Número: 62 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CAMBARÁ 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-785
15 - E-mail: SANTANAOLVIMARACRIZ@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 195199169-3685

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 120.305 3
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 01 JUL 2019
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 rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 13/06/2019

x EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS



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

532109

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000830/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/01/2019 09:47 Data/Hora Fim: 11/01/2019 09:59

Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/07/2018 06:30

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)

Logradouro: BR 401

Bairro: .

Nº: KM 56

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Presidente Dutra Sexo: Feminino

Nasc: 24/08/1959

Profissão: Do Lar

Nome da Mãe: Luiza Ferreira Lima

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 540735-4

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.196.422-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Gedeao

Nº: 62

Bairro: Cambará

Telefone: (95) 99122-3728 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 14.431.324/0001-99	Placa NAP3775
Renavam 01117473250	Número do Motor KC25E0H015731
Número do Chassi 9C2KC2500HR015947	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 15/05/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ediné Maria Souza do Nascimento	Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

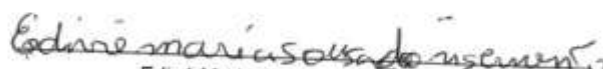
Nº: 000830/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela BR 401, sentido Boa Vista, como garupa da motocicleta acima descrita, conduzida por seu marido, MANOEL JOSE DO NASCIMENTO (CNH 02755774675), quando o pneu traseiro furou, fazendo com que o condutor perdesse o controle. Que a comunicante caiu da motocicleta, sofrendo lesões corporais. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Ediné Maria Souza do Nascimento
(Comunicante)

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



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro/ASE: _____ 3 - CPF da vítima: 703.196.422-91 4 - Nome completo da vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 703.196.422-91

7 - Profissão: 90 LAR 8 - Endereço: RUA GIDEÃO 9 - Número: 62 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAMPARÁ 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.316-785

15 - E-mail: SANTARCO@MARCOSRIO.COM 16 - Telefone: 195199169-3685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, residing no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Possui conta bancária? ☒ SIM ☐ NÃO

☐ CONTA POUPANÇA (somente para quem não possui conta corrente) ☒ CONTA CORRENTE (somente para quem possui conta corrente)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 120.305 3

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/moratória do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

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

Declaro, para todos os fins de direito, que não há necessidade de laudo do IML para a cobertura de invalidez permanente.

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência: ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT: ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo exposto, solicito o processamento de análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidez permanente.

Assinatura do titular da conta: _____

23 - DATA DE ASSINATURA: 01 JUL 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Beneficiário: ☐ VIVO ☐ FALLECIDO

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau ☐ 4º Grau ☐ 5º Grau ☐ 6º Grau ☐ 7º Grau ☐ 8º Grau ☐ 9º Grau ☐ 10º Grau

26 - Vítima deixou com a vítima: ☐ SIM ☐ NÃO

27 - Se a vítima deixou com a vítima, informar o nome completo: _____

28 - Vítima ☐ SIM ☐ NÃO 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ VIVOS ☐ FALLECIDOS

30 - Vítima deixou com a vítima: ☐ SIM ☐ NÃO

31 - Vítima ☐ SIM ☐ NÃO 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ VIVOS ☐ FALLECIDOS

33 - Vítima deixou com a vítima: ☐ SIM ☐ NÃO

34 - Vítima ☐ SIM ☐ NÃO 35 - Se tinha filhos, informar: ☐ VIVOS ☐ FALLECIDOS

36 - Vítima deixou com a vítima: ☐ SIM ☐ NÃO

37 - (*): Assinatura de quem assina a região pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RJ, 13/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração): EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

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

HGR

Vnt
w

ATO DECLARATORIO

1800976858	05/07/2018 08:04:39	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO		24/08/1959	58 A 10 M 12 D		70319642291	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	791578	SSP/MA	17/06/1982	F	UNIAO	PARDA
Mãe	LUIZA FERREIRA LIMA		ESTAVEL		PRESIDENTE DUTRA BRASILEIRA	
Endereço	- SITO SAO LUCAS - SN - - BONFIM - RR		NI		- MA	
				Contato		
				(95) 99129-1638		
				Ocupação		NÃO INFORMADA
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					
Selhor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		DANIEL VIANA			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 8:10 h)						
Queda de moto. Cheguei por meus próprios						
Pct. algo desconforto no tornozelo e						
Exame Físico						
Aparelho. ECG: IS, movimentos os de membros,						
obedece a comandos, observação ocular espontânea,						
Hipótese Diagnóstica						
AR: MVUA bi 81RA / ACV: BRTF 315 2T.						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAIO - X ☐ ULTRA - SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO						
1) Fio 40 mg GV 2) Difenidramina 10 mg 3) Paracetamol 500 mg 4) Colar cervical						
Não tem nequididade no sistema mo						
APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 01 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - ROR						
28 - 10:55 a paciente foi transportada cuidados médicos. PA: 120/80 x 60 mmHg FC: 140 bpm						
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:						
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Médico ☐ IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável ECG: 14 Data Hora: 05/07/2018 08:05:05						
Assinatura do Médico Dr. Gustavo Henrique R. da Silva Médico CRM-RR 1803						
Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Gustavo Henrique R. da Silva Médico CRM-RR 1803						
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 05/07/2018 08:05:05						
Dr. Gustavo Henrique R. da Silva Médico CRM-RR 1803						
Traumatologia 1800976858						

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RS



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.475/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Para contato:
Fonetele 066
Este número

SEU CÓDIGO
0032579-1

Nº da Nota Fiscal: 002908540

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	220	148,48

MANOEL JOSE DO NASCIMENTO
R. GIDEAO 62 CAMBARA
CPF: 00023710969387
CEP: 69.313-448 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.07.010300

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual	29778		Atual: 11/03/2019
Anterior	1,000		Anterior: 18/04/2019
Constante de Multiplicação:	220		Próxima Leitura: 18/06/2019
Consumo Medido:	220		Emissão: 20/05/2019
Consumo Faturado:	220	FCAM	Apresentação: 22/05/2019
NORMAL			33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Classe Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat	Méda 12 meses
RESID. EX. RENDA	81		E2834381	N 1521571	1.4.1.2	149

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
MESES ANTERIORES	
ABR/19 277	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAR/19 202	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19 193	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19 187	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 48,01
DEZ/18 85	ILUMINACAO PUBLICA 28,28
NOV/18 213	
OCT/18 162	
SET/18 120	
AGO/18 85	
JUL/18 74	
TOTAL COM TRIBUTOS	
0 A 220 = 0,220400	
220 A 440 = 0,440800	
440 A 660 = 0,661200	
660 A 880 = 0,881600	
880 A 1100 = 1,102000	
1100 A 1320 = 1,322400	
1320 A 1540 = 1,542800	
1540 A 1760 = 1,763200	
1760 A 1980 = 1,983600	
1980 A 2200 = 2,204000	
2200 A 2420 = 2,424400	
2420 A 2640 = 2,644800	
2640 A 2860 = 2,865200	
2860 A 3080 = 3,085600	
3080 A 3300 = 3,306000	
3300 A 3520 = 3,526400	
3520 A 3740 = 3,746800	
3740 A 3960 = 3,967200	
3960 A 4180 = 4,187600	
4180 A 4400 = 4,408000	
4400 A 4620 = 4,628400	
4620 A 4840 = 4,848800	
4840 A 5060 = 5,069200	
5060 A 5280 = 5,289600	
5280 A 5500 = 5,510000	
5500 A 5720 = 5,730400	
5720 A 5940 = 5,950800	
5940 A 6160 = 6,171200	
6160 A 6380 = 6,391600	
6380 A 6600 = 6,612000	
6600 A 6820 = 6,832400	
6820 A 7040 = 7,052800	
7040 A 7260 = 7,273200	
7260 A 7480 = 7,493600	
7480 A 7700 = 7,714000	
7700 A 7920 = 7,934400	
7920 A 8140 = 8,154800	
8140 A 8360 = 8,375200	
8360 A 8580 = 8,595600	
8580 A 8800 = 8,816000	
8800 A 9020 = 9,036400	
9020 A 9240 = 9,256800	
9240 A 9460 = 9,477200	
9460 A 9680 = 9,697600	
9680 A 9900 = 9,918000	
9900 A 10120 = 10,138400	
10120 A 10340 = 10,358800	
10340 A 10560 = 10,579200	
10560 A 10780 = 10,799600	
10780 A 11000 = 11,020000	
11000 A 11220 = 11,240400	
11220 A 11440 = 11,460800	
11440 A 11660 = 11,681200	
11660 A 11880 = 11,901600	
11880 A 12100 = 12,122000	
12100 A 12320 = 12,342400	
12320 A 12540 = 12,562800	
12540 A 12760 = 12,783200	
12760 A 12980 = 13,003600	
12980 A 13200 = 13,224000	
13200 A 13420 = 13,444400	
13420 A 13640 = 13,664800	
13640 A 13860 = 13,885200	
13860 A 14080 = 14,105600	
14080 A 14300 = 14,326000	
14300 A 14520 = 14,546400	
14520 A 14740 = 14,766800	
14740 A 14960 = 14,987200	
14960 A 15180 = 15,207600	
15180 A 15400 = 15,428000	
15400 A 15620 = 15,648400	
15620 A 15840 = 15,868800	
15840 A 16060 = 16,089200	
16060 A 16280 = 16,309600	
16280 A 16500 = 16,530000	
16500 A 16720 = 16,750400	
16720 A 16940 = 16,970800	
16940 A 17160 = 17,191200	
17160 A 17380 = 17,411600	
17380 A 17600 = 17,632000	
17600 A 17820 = 17,852400	
17820 A 18040 = 18,072800	
18040 A 18260 = 18,293200	
18260 A 18480 = 18,513600	
18480 A 18700 = 18,734000	
18700 A 18920 = 18,954400	
18920 A 19140 = 19,174800	
19140 A 19360 = 19,395200	
19360 A 19580 = 19,615600	
19580 A 19800 = 19,836000	
19800 A 20020 = 20,056400	
20020 A 20240 = 20,276800	
20240 A 20460 = 20,497200	
20460 A 20680 = 20,717600	
20680 A 20900 = 20,938000	
20900 A 21120 = 21,158400	
21120 A 21340 = 21,378800	
21340 A 21560 = 21,599200	
21560 A 21780 = 21,819600	
21780 A 22000 = 22,040000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
04/2018 187,46

Informação enviada para o devedor por meio de e-mail, em 26/04/2018, com o vencimento devido, e a data de vencimento. Caso o devedor não tenha sido avisado, procure o setor de atendimento da Distribuição Roraima com o seu comprovante de pagamento.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B29F.6355.6D4A.4AE7.0460.1BF1.DA37.6C66

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 30,43	Base de Cálculo: 120,10
Energia: 65,48	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 20,43
Encargos: 3,40	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 20,43	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 3,40 16,92 33,84 4,82
1,58 3,00 0,98

DISTRITO

03/7010

45 45

vivo

Nº da Conta: 00001300738223
Mês de referência: 04/2019
Período: 02/03/2019 a 01/04/2019
Data de emissão: 02/04/2019

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
RUA GIDEAO 312
NOVA CANAÃ
69314-406 BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP: 69305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 0251453
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento
17/04/2019

Total a Pagar
R\$ 64,99

Aguarde informações
referentes ao Vivo Valoriza

Seus Números Vivo
95-99169-3685

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel

128/POS/SMP - VIVO CTRL DIGITAL-3,5GB ILIM

O que está sendo cobrado
de 02/03/2019 a 01/04/2019

Serviços Contratados

VIVO CTRL DIGITAL-3,5GB ILIM
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL III
BÔNUS CONTA DIGITAL
Subtotal Serviços Contratados

Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
1	1	64,99			64,99
1	1	0,00			0,00
1	1	0,00	500MB		0,00
					64,99