

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: 2671147020200320161742

Processo 0807764-60.2020.8.23.0010 ☆ - (10 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)

Resacas

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
12	20/03/2020 16:17:42	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (10/03/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		12.1 Arquivo: Petição 12.2 Arquivo: DOCS 12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2705790CONTESTACAO03.pdf 2705790CONTESTACAOAnexo02.pdf KITSEGURADORALIDER.pdf	Público Público Público
11	16/03/2020 11:30:29	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 16/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (10/03/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
10	13/03/2020 14:50:37	RENÚNCIA DE PRAZO DE ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (10/03/2020)	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
9	13/03/2020 14:50:35	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES) em 13/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (10/03/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
8	13/03/2020 09:15:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (10/03/2020)	Graciela Joanice Pacheco Rodrigues Analista Judiciária		
7	13/03/2020 09:15:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (10/03/2020)	Graciela Joanice Pacheco Rodrigues Analista Judiciária		
+ 6	10/03/2020 23:15:46	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado		
5	10/03/2020 11:03:34	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	10/03/2020 11:03:34	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	10/03/2020 11:03:34	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	10/03/2020 11:03:33	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
+ 1	10/03/2020 11:03:33	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08077646020208230010

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 **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES**, 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 **17/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/11/2019**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2,531.25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

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

Analisando os documentos apresentados pelo o autor, podemos verificar uma contradição entre as datas informadas no boletim de ocorrência que trás a data de 17/06/2019 e documento médico abaixo que trás a data de 04/07/2019.

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;

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES
LEITO:
DATA DE INTERNAÇÃO: 09/07/2019
DATA DA ALTA: 22/08/2019
BE/PRONT: 5625355
CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
IDADE: 34
DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade superior do rádio (OPERADA)
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESÃO: RELATO DE QUEDA DE MOTO EM 4/7/19 APRESENTANDO TRIADE TERRIVEL DE COTOVELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM TECNICA DE TRANSPOSICAO DA CABECA DO RADIO PARA PROCESSO CORONOIDE POR DR.CLODOALDO EM 20/8/19. RETORNAR COM 07 DIAS. RETORNAR ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE

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.

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)

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190676095	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES	Data do acidente: 17/06/2019	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 06/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRIÁDE TERRÍVEL)				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11				
Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.				
Sequelae: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2,531.25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **17/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2,531.25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000058790-7

Nr. da Autenticação 593B80F566A07D58

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2,531.25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

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 citação⁶.

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 ação⁷.

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.

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

⁷**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da 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, ante a ausência de laudo pericial 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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que 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:

- 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, 13 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 cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle 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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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 **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08077646020208230010.

Rio de Janeiro, 13 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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000058790-7

Nr. da Autenticação 593B80F566A07D58

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES** inscrito(a) no CPF sob o nº **763.371.542-15** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES** inscrito (a) no CPF sob nº **763.371.542-15**, 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 RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 21, 11, 19

Local e Data

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarillo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarillo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarillo

Verde

Azul Ass.

1901124226

17/06/2019 17:24:19

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 33

Paciente

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data Nascimento

02/04/1985

Idade

34 A 2 M 15 D

CNS

704608660024321

CPF

76337154215

Prontuário

00067014

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Solteiro

Raça/Cor

ABRANCA

Naturalidade

BRASILEIRA

Mãe

SONIA GUILHERME DE MORAES

Pai

CACILDO GARCIA DE MORAES

Contato

(95) 99111-3915

Endereço

RUA - JOAO PADILHA - 285 - CAIMBE - BOA VISTA - RR

Ocupação

AUXILIAR

ADMINIST

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ANTONIA.SOARES

Queixa Principal

☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Colisão moto x carro

Anamnese de Enfermagem

nega alergias

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente trazido pelo SAMU, em prancha rígida, com colar cervical, sem coxins laterais, vítima de colisão moto x carro. Paciente sl perda de consciência, apresentava-se agitado ao local de ocorrência, sem alterações nesta unidade hospitalar.

Exame Físico

REG, LOTE, aa, eupneico. Refere dor em antebraço e cotovelo (E) Imobili

Hipótese Diagnóstica

Fx de antebraço

SADI - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

1 Dipirona 2g (E)
2 Tenoxicam 40mg (E)

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1 NOV. 2019

Shirley

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Foi realizada a prescrição

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revolução☒ Transferência para: Ortopedia☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Adelino Costa

Carimbo e Assinatura do Médico
CRM-RR 1988Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 17/06/2019 17:25:14

10.102.5.252:8888/IS4/IS4/F0E3831D-99E4-4D3F-8DBF-7F18FDC8031D.html



1901124226

BLOCO A



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Alexander Deuglo G. de Moraes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

67014

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71046086600243211

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/04/85

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Sônia Guilherme de Moraes

11 - TELEFONE DE CONTATO

9159811113911

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

Rua João Padilha 285 Aumbe

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bea Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

PR

16 - CEP

69312220

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct. Vítima de acidente trânsito (SIC)

18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fis + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx calcâneo rot. E

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ort

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Patrício

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

15/06/18

32 - ASSINATURA DO CONSELHO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

15/06/18

0301060088
7039

Dr. Patrício

Pct vítima de acidente trânsito (STC)

RT lesi evidenciado FX coluna radi (E)

EF: dor à palpação em cotovul (E)

CD: Informação

- TALA gerada (osule palma)

Dr. Marcelo
Médico
CRM-PR 1996



A63 (corredor)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ANDERSON DOUGLAS GUILHERME

AGNÓSTICO FX RADIO E

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

63

DATA

18/06/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

11

12

13

14

15

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

17 SSVV + CCGG 6/6 H

18 CURATIVO DIÁRIO COM ABRASIVO

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06:30h não localizado no setor durante plantão noturno. Cade baixa por evasão.

marcos
Enfermeiro
COREN-RR 185153

SINAIS VITAIS

ausente

6 H

PA

FC

FR

12 H

176X117

79

16

36,8

18 H

24 H

ausente

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES
IDADE: 34 DN 02/04/1985

PACIENTE DEU ENTRADA NO HGR NO DIA 17/06/2019, TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA, COM COLAR CERVICAL, SEM COXIS LATERAIS, VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO CARRO X MOTO), SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, QUEIXANDO DOR NO COTOVELO E.
APÓS AVALIADO PELO TRAUMA, FOI ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE ORTOPEDIA, ONDE FOI AVALIADO O RX E TC DE COTOVELO E, SENDO EVIDENCIADO FRATURA NA CÂBEÇA DO RADIO ESQUERDO, COLOCADO TALA GESSADA NO MESMO.
PACIENTE OPTA POR VONTADE PROPRIA, REALIZAR TRATAMENTO EM OUTRO ESTADO.
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, EUPNEICO, ORIENTADO, SEM SINTOMAS NEUROLÓGICOS.

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM/RR 1985



Boa Vista - RR, 18 de junho de 2019.



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

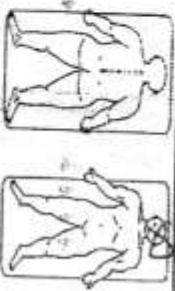
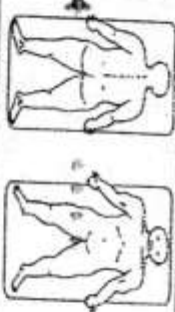
Paciente:

ANDERSON DOUGLAS

Leito:

63

Data: 28/06/19

Localização		Região: FACE Grau: I () II () III () IV ()		Região: Grau: I () II () III () IV ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Joana Paiva Loureiro COREN-RR 167.031 - TE		Bruno S. Pereira Téc. de Enfermagem COREN-RR 686.356	
Observações:				

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MARCIO PARAHYBA JR

CRM: 19339 UF: CE

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Prescrição: TRAMADOL 50 mg 1 cx

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 8/8H SE DOR INTENSA QUE NÃO CEDA COM
DIPIRONA

2)DIPIRONA 01G 02CX

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6H SE DOR

Assinatura e Carimbo: Dr. Márcio Parahyba Jr.
Médico
CRM: 19339 - Data: 22-08-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Org. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/07/2019 12:24:46	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704608660024321	NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES				Registro: 5625355		
CPF: 76337154215	RG: 213308	D. NASC: 02/04/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: SONIA GUILHERME DE MORAES				NOME DO PAI: CASSILDO GARCIA MORAES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: C J 02			Nº: 285	BAIRRO: JOQUEI CLUB		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 36261747, 981213058	MUNICÍPIO: BOA VISTA		UF: RR	CEP: 69312288		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES		PARENTESCO:			TELEFONE: 36261747, 981213058		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes e violências, Fatos ou eventos não especificados, intenção não determinada							
QUEIXAS: TRANSFERENCIA-FROTINHA							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
SERVIÇO DE PROTOCOLO - 102 PELO SISTEMA E-SUS DATA 20/07/2019 MATRÍCULA 51022 <i>Marcia Rejane Pereira de Moraes</i>							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MARCIO PARAHYBA JR

CRM: 19339 UF: CE

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Prescrição: TRAMADOL 50 mg 1 cx ▼

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 8/8H SE DOR INTENSA QUE NÃO CEDA COM
DIPIRONA

2)DIPIRONA 01G 02CX

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6H SE DOR

Assinatura e Carimbo:

Dr. Márcio Parahyba Jr.
Médico
CRM: 19339

- Data: 22-08-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

LEITO:

DATA DE 09/07/2019
INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 22/08/2019

BE/PRONT: 5625355

CIDADE DE FORTALEZA
ORIGEM:

IDADE: 34

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade superior do rádio (OPERADA)

CONDUTA RELATO DE QUEDA DE MOTO EM 4/7/19 APRESENTANDO TRIADE
DECIDIDA TERRIVEL DE COTOVELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A
PARA CADA TRATAMENTO CIRURGICO COM TENICA DE TRANSPOSICAO DA
LESAO: CABECA DO RADIO PARA PROCESSO CORONOIDE POR
DR.CLODOALDO EM 20/8/19. RETORNAR COM 07 DIAS. RETORNAR
ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDO
RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Dr. Márcio Paratyba Jr.
Médico
CRM 19330
Ass: _____

Retornar dia: 07 dias Hora: _____ para
Dr. André

Data: 22.8.19

Dispensa do trabalho por: 90 dias

Resumo de alta

NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

LEITO: 1722

DATA DE 09/ 07/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 22/08/2019

BE/PRONT: 5625355

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 34

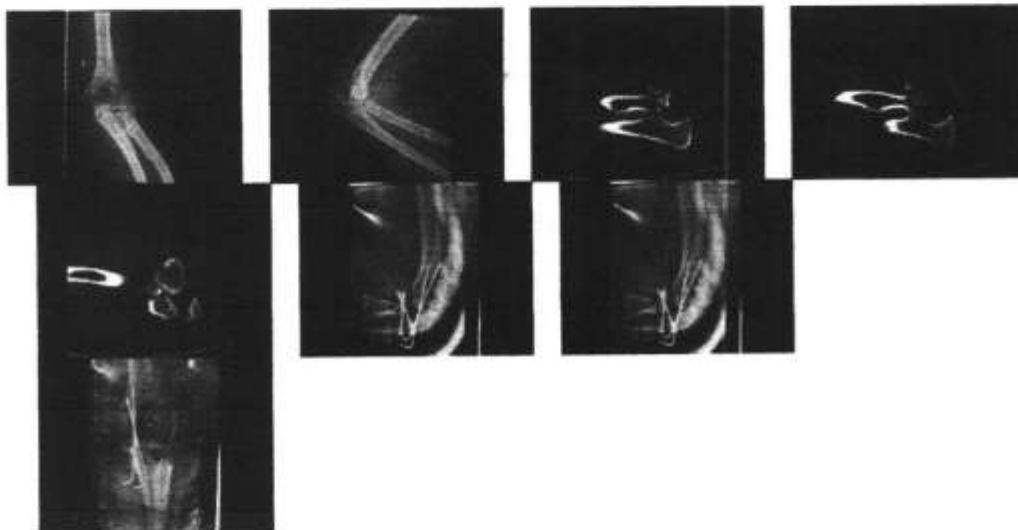
DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade superior do rádio (OPERADA)

CONDUTA RELATO DE QUEDA DE MOTO EM 4/7/19 APRESENTANDO TRIADE
 DECIDIDA TERRIVEL DE COTOVELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A
 PARA CADA TRATAMENTO CIRURGICO COM TENICA DE TRANSPOSICAO DA
 LESAO: CABECA DO RADIO PARA PROCESSO CORONOIDE POR
 DR.CLODOALDO EM 20/8/19. RETORNAR COM 07 DIAS. RETORNAR
 ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE

STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
 LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
------	------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 20/08/2019 - Terça-Feira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
213308 SSP RR

CPF
763.371.542-15

DATA NASCIMENTO
02/04/1985

FILIAÇÃO
CACILDO GARCIA DE MORAES
SONIA GUILHERME DE MORAES

PERMISSÃO
ACC **CAT. HB: A R**

Nº REGISTRO
03037785436

VALIDADE
13/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
28/03/2006

OBSERVAÇÕES

Anderson Douglas Guilherme de Moraes
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
16/11/2015

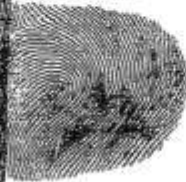
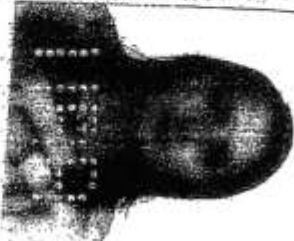
1000
 12246877286
 RR208630490

1000
 12246877286
 RR208630490

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Luana Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM LE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

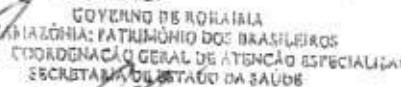
NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC: 3786 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPF 294319382 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83



[HOME](#)

GOVERNO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DO
COORDENADORIA GERAL DE ATIVIDADES
SECRETARIA DO ESTADO DA
Canoa Médica

REGULATION

O parente, Anderson Douglas Gullone de
Moxos, Vitor da Silva e do nobre cl / 11/08/2019
Tramite do 2º MS E cl Peten e moral
notado (E) Rel. tatonato amica cl tempo
nica das colas oriclos. Para porem bronid.
App. Comedidos e furtivos tem alle oqun
de Uniao e acant.

de 4 mm e accent.
 Estudo geral de dr. ad. J. L. L. do
 Estado (4) (Pr. - ext. e an. e
 var. at. e Pr. e (2) e
 var. at. e Pr. e (2) e

Stetile / *Reo* (color) $\therefore - 20 = 95$
Penitaple - *entire* color $\therefore - 20 = 95$

Quintae pro ripum a cadac

Recat impendibile e per intero il deficit

DATA 10.01.20
Pena en señal de MSE
CLINICA ESPECIALIZADA CONDONEL MOTA

Correspondência: Dr. C. Oliveira
Rua da Indústria 589

CLASSE ESPECIALIZADA CONDIÇÃO NOTA
 900 - Curso de Física 535 - Curso de Matemática III

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

564049

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432088/19

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

CPF: 763.371.542-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: ANDERSON DOUGLAS
GUILHERME DE MORAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES : 763.371.542-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO COTOVELO ESQUERDO, COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTO DE PRONAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE PINOS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE COTOVELO ESQUERDO. JÁ INDENIZADA EM 75% DESSE SEGMENTO.

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: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO COTOVELO ESQUERDO, COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTO DE PRONAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE PINOS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE COTOVELO ESQUERDO. JÁ INDENIZADA EM 75% DESSE SEGMENTO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO, R\$2.531,25.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO, R\$2.531,25.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Identidade: 213308 SSP/RR **CPF:** 763.371.542-15

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** AUTÔNOMO

Endereço: RUA GAL. PENHA BRASIL, 792 – SÃO FRANCISCO /CEP: 69.305-130

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 21 de outubro de 2019.



ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432088/19

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MC

CPF: 763.371.542-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: ANDERSON DOUGLAS
GUILHERME DE MORAES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES : 763.371.542-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **00000250-X**

Conta: **0000058790-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

76337154215

4 - Nome completo da vítima:

ANDERSON DOUGLAS G DE MORAES

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

5 - Nome completo:

ANDERSON DOUGLAS GUINHERME DE MORAES

6 - CPF:

76337154215

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. GAL DENHA BRASIL

9 - Número:

742

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO FRANCISCO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69305130

15 - E-mail:

NUANNA.SOUZ2A71@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

9599168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(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,

BOA VISTA, 22/11/19

Anderson Douglas Guinherme de Moraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Nuanna Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 146/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 21/11/2019

COMUNICANTE: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

RG: 213308

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 76337154215

ENDEREÇO: RUA – CJ2, CASA 285

BAIRRO: JOQUEI CLUBE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AGENTE DE VIAGEM

NATURALIDADE: SÃO JOÃO DA BALIZA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1985 IDADE: 34 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: 98121-3058

Nº REG. CNH: 03837786436

NOME DO PAI: CACILDO GARCIA DE MORAES

NOME DA MÃE: SONIA GUILHERME DE MORAES

Senhora Delegada, venho comunicar que aproximadamente às **16h55min do dia 17/06/2019, NA BOLA DO CENTRO CÍVICO - CENTRO.**

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que seguia no endereço acima citado na **MOTOCICLETA HONDA/NXR 125 BROS ES, PLACA NAL-8842, DE COR AZUL, ANO 2005/2005, CHASSI 9C2JD20205R013647, RENAVAM 00848216059 DE PROPRIEDADE DO SENHOR PAULO ALEXANDRE PINTO**; Quando um veículo S-10 de cor Branca que estava na sua esquerda cruzou na sua frente, e como isso o comunicante não conseguiu evitar a colisão; Que a equipe do SAMU esteve no local prestando os primeiros socorros e levando ela para o HGR; Que no HGR realizou exame de raio X; Que os médicos constataram haver **FRATURA NA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO**; Que esse registro é para fins de **SEGURO DPVAT**; É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES
ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



<i>Givanildo da Silva Vieira</i> DAT AGENTE CARACERÁRIO DE POLÍCIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855	•	•
AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR		

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do Enchimento API: 76337154215 3 - C.F. da vítima: ANDERSON DOUGLAS G DE MORAES 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: ANDERSON DOUGLAS GUINHERME DE MORAES 6 - C.F.: 76337154215
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. GAL PENHA BRASIL 9 - Cidade: 492
10 - Bairro: SÃO FRANCISCO 11 - Estado: BOTA VISTA 12 - Cidade: RR 13 - Estado: 64305130
14 - E-mail: NUNNA.50022710@HOTMAIL.COM 15 - Nº (DDD): 95989168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 13 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\$2.500,00 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
☐ CONTA POUQUANÇA (Poupança com ou sem saque e depósito) ☒ CONTA CORRENTE (Termos bancários)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 250 X CONTA: 58790 7
(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de acordo com a instrução, o valor da indenização, bem como o valor do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o não total do valor recebido.

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

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

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

Solicito a prestação de assistência de 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, após verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do meu diagnóstico.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Parentesco com vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
26 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:
28 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome completo:
30 - Vítima deixou pais? ☐ Sim ☐ Não
31 - Se a vítima deixou pais, informar o nome completo:
32 - Vítima deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não
33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar o nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cientes, de que qualquer omissão ou declaração falsa por eles feita poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE

34

Impressão digital
crédito
vítima ou
beneficiário
ou representante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a raga):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a raga):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a raga):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunho

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunho

40 - Local e Data:

BOTA VISTA, 22/11/19

Anderson Douglas Guimarães de Moraes
(Assinatura do vítima/beneficiário ou representante)

Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)