

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:
2679334720200331173955

Processo 0808342-23.2020.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 18/03/2020 - Prazo: 19/03/2020 à 14/05/2020 (10 dias): JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO
Cumprir Prazo

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

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

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 13	31/03/2020 17:39:55	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (16/03/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		13.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2708318CONTESTACAO01.pdf Público	
		13.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2708318CONTESTACAOAnexo02.pdf Público	
		13.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público	
12	18/03/2020 17:03:26	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 18/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (16/03/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11	18/03/2020 17:03:26	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 18/03/2020 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (18/03/2020) e ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10	18/03/2020 12:02:00	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (18/03/2020)	Lucas Souza de Carvalho Analista Judiciário
[+] 9	18/03/2020 12:01:49	JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO	Lucas Souza de Carvalho Analista Judiciário
8	18/03/2020 11:29:49	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 (16/03/2020)	Lucas Souza de Carvalho Analista Judiciário
7	17/03/2020 13:05:14	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 25/06/2020 (100 dias)	Lucas Souza de Carvalho Analista Judiciário
[+] 6	16/03/2020 16:08:40	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
5	13/03/2020 17:46:22	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	13/03/2020 17:46:21	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	13/03/2020 17:46:21	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	13/03/2020 17:46:21	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	13/03/2020 17:46:21	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08083422320208230010

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 **RAYSSA DO NASCIMENTO BELO** e outros, representados por **MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**, 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 **19/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/10/2018**.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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

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.

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;

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR(a) DELEGADO(a): Informo que fomos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de trânsito, ao chegarmos ao local fomos informados pelos envolvidos que; o item 01 Srº **DIONANTAN** conduzia o **V1 TOYOTA/COROLLA DE COR PRATA DE PLACAS NOM1995** na Rua VEREADOR WALDEMAR GOMES sentido Rua SOLON RODRIGUES PESSOA quando ao chegar no cruzamento com a Rua ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO foi abalroado na lateral esquerda pelo **V2 HONDA/CG 125 TITAN DE COR VERMELHA DE PLACA NAK4106** que era conduzido pela item 02 Srº **CLAUDILENE** que tinha como passageira a criança **RAYSSA (item 03)** e trafegava na RUA ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO sentido BAIRRO/CENTRO. Que após o abalroamento entre os veículos, o V1 colidiu no muro da ESCOLA ESTADUAL MARIA DE LOURDES NEVES, vindo a danificar o muro.

Os Itens acima relacionados foram atendidos no local pelo SAMU e removidos ao PSE/HGR para atendimento médico especializado. Sendo que a condutora e a passageira com suspeita de fratura pelo corpo. A perícia IC-PCRR foi acionada e realizada pela equipe do PERITO JACI CAETANO. Que os veículos estavam com o licenciamento em atrasos e foram notificados porém foram liberados no local devido a falta de meios (guincho indisponível). Sendo que o V1 ficou na responsabilidade do Srº **RODRIGO FERREIRA DOS SANTOS, RG:4285670 SSP/RR CNH:07136489269**. E O V2 ficou na responsabilidade do Srº **FRANCISCO FEITOZA FERREIRA, RG:102795 SSP/RR CNH:03333250799**. Que a Srº **CLAUDILENE** não possui CNH/PPD e foi notificada e não estar sendo apresentada nesta delegacia devido ter sido removido ao PSE para atendimento médicos. Apresento este relatório para providências.

Era o que tinha a relatar

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho
Agente de Polícia
Matrícula 042000410
Responsável pelo Atendimento

Rop Pm Serie J Nº 809772
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia Caluniosa e 343 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do 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 PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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)

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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 possível verificar a seguinte gradação:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190524289	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO	Data do acidente: 19/10/2018	Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 17/09/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 16,18. ALTA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. FRANCISCO F. FARIAS - CRM 365. PG. 19.				
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **19/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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:	20/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000015753-8

Nr. da Autenticação C6AD05CD69A8916B

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;

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA 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.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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.

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.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 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 **RAYSSA DO NASCIMENTO BELO**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08083422320208230010.

Rio de Janeiro, 20 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



CNPJ: 08.579.407/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 26.099.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 68.305-410

CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 504602

Agosto/2019

Dados do Cliente:

CLEANGELA MARQUES DO NASCIMENTO

Endereço para entrega:

RUA ESTRELA BRANCA, NUM. 673 - BAIRRO DO
SOL BOA VISTA RR 69016-016

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.099.0060.000	11	2726	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
		10	0
LEITURA FAT.			
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201907 10-0
201906 10-0
201905 10-0
201904 10-0
201903 10-0
201902 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBID. (NTU)	ODR	C. TOTAL (mg/L)	E. COLI
ESQUERDA	100	100	100	100	100
ANALISANDO	200	200	200	200	200
CONFERIR	200	200	200	200	200

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE AGUA	19,06
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 07/2019		4,77
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,85

VENCIMENTO: 15/09/2019 TOTAL A PAGAR 48,51

AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
504602	08/2019	15/09/2019	48,51

82650000000-3 48510004001-6 00050460201-2 08201910003-9



IMPRESSO EM: 05/08/2019 18:52:32

Via do Cliente

Via da CAERR

ÁREA DE BOMESTROS - DPMA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - SP

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 00330156E
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA	KWH	KVA/H	DATAS DA LEITURA
Atual:	37543		Atual: 23/07/2019
Anterior:	37276		Anterior: 21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 23/08/2019
Consumo Medido:	267		Emissão: 22/07/2019
Consumo Faturado:	267	FCAM	Apresentação: 23/07/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	B1	12F0800955 H	14/1301	1.1.1	234

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,88601 = 237,56
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/19-00 0,33
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE 1 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE INPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 = 0,88600	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Mês/Ano Valor R\$ 06/2019 148,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16.11.16.21.26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 52,45	Base de Cálculo: 204,14
Energia: 111,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,70
Encargos: 5,77	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 34,70	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
6,55 13,00 1,13
DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200	SEU CÓDIGO 0070349-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 237,56
	MÊS FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 06/08/2019
	Nº da Nota Fiscal: 00330156E	FCAM



SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT. LEIT.: 23/07/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015
DT. VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Boa Vista - RR

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/biblioteca/web/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 William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Anderson do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.506.442 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Insolidez da Vítima Rayssa Nascimento Belo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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>R. CC 33</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.318-050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>959133-3855</u>

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Boa Vista, 29 de agosto de 2019
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULOPara 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 9h às 20h)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAL (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 15

Eu, Claudilene Furtosa Carvalho
RG nº 3091422, data de expedição 18/10/16
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 881.931.012-00
com domicílio na cidade de Bom Vista, no Estado de
Roraima, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Lajazeira, nº 103,
complemento lame mureta, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Roussse do Nascimento Belo, cujo o condutor era
Claudilene Furtosa Carvalho
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 125 TITAN ES Ano: 2002/2003
Placa: IVAK4106 Classi: 9C2SC30203R114722
Data do Acidente: 09/10/18

Local e Data:

Bom Vista/RR, 28/8/19Claudilene Furtosa Carvalho

Assinatura do Declarante

Claudilene Furtosa Carvalho

Assinatura do Condutor

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

 **DANIEL AQUINO**137773.5d66d587e853
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de CLAUDILENE FURTOSA CARVALHOEm testemunho da verdade, RPV
Do que deu 16, Bom Vista/RR, 28 de agosto de 2019.
Consulte no site abaixo em cidades portais.com.br
REC/FIR1682960419H8UCVDSZP26 / REC/FIR16829606JNPCAAPPFN22L27 /
Emolumento: R\$ 4,90 Fundos ISS: R\$ 1,10 SELO: R\$ 3,00 Total: R\$ 9,00

137.773

Mário Luiz de Souza
Secretaria AutorizadaÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Damasceno, 404 - Boa Vista - RR



10 SET 2019

GENITE SEGURADORA S/A

The Cyprian John Bakery, 401 - 100 York - 100

1245

Urgência/Emergência

99695

Urgência/Emergência

1001

Internação

1010

Externo

1070

Ambulatorial

1071

Externo

1644

Externo

1790

Ambulatoria

14/01/2018

19/10/2018

20/10/2018

23/10/2018

09/11/2018

09/11/2018

14/12/2018

14/12/2018

PRONTUÁRIO

1191

157

Carboidrato g/L:

898002738535951

Data Nascimento:

04/12/2008

Sexo:

ד

Name: _____

RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Miso:

MARIA ADRIELE DO NASCIMENTO OLIVEIRA



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Prontuário:

Nome do Paciente:

Sexo:

Data de Nascimento: / /

Endereço:

Bairro:

Bloco:

Leito:

ALTA HOSPITALAR

() Médica

() A pedido

() Evasão

Data da Alta: / /

Médico:

Hora:

ÓBITO

Data do Óbito:

Hora:

Atestado foi preenchido: () Sim () Não

Caso de Polícia: () Sim () Não

Entregue a Família: () Sim () Não

TRANSFERÊNCIA

Transferido de:

Transferido para:

REMOÇÃO

Removido de:

Removido para:

Data da Emissão: / /

Assinatura da(o) Enfermeira(o) Responsável

ÁREA DE SINISTROS - DP/UMT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capote Alfa Branca, 464 - Boa Vista - RR



99695

Senha: UE0087

WILLER LIMA
Acidente
Idade: 9 Anos / 10 Meses / 15 Dias

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 1191 Data Nascimento: 04/12/2008
Nome do Paciente: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO
Sexo: FEMININO
Endereço: RUA ESTRELA BONITA Naturalidade: BOA VISTA
Bairro: RAIAR DO SOL
CEP: 69316019 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991204180
Nome da Mãe: MARIA ADRIELE DO NASCIMENTO OLIVEIRA/ CNS: 898002738535951

Número: 673

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 99695 Data Atendimento: 19/10/2018 11:50:09 Data Classificação:
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: PRIMEIRA CONSULTA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO
Observação: *ALCEGA*
Peso: 0 KG Temp.: 0 Usuário triagem: MARIA GORETE LIMA PIRES

ÁREA DE REGISTROS - DPMAT
19/10/2018 11:50
VERIFICADO
10 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ANAMNESE HISTÓRICO E DIAGNÓSTICA

*ALCEGA -> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CARRO MOTO) HA MAIS HOMEN
VEN TRABOU PELA SANGUE, EM PENSAÇÃO RIGIDA, INOBRADO.
3 WEGAS DESMONTA/COMOTOS
LIM DAN/DOEL CHOPROSA! CANGARUAS
LAC - RCB 2150 REF POR COM PLOVA (O) COM CANGARUAS
COM ROSTO... SEM SANGUE MUITO ATUO. SANGUE
DIPLOMA 16 (E) BI CASA, ALGO SANGUE*

EXAMES SOLICITADOS

DRX -> TELA SANGUE

CONDIÇÃO

Assinatura do Médico *Assinatura do Paciente/Responsável*

Paciente: Rayssa Do Nascimento Belo	Sexo: Feminino	Nasc: 04/12/2008	Idade: 10 ANO
Solicitação: 10009528	Número Interno:	Solicitante: ANA PAULA THOME SILVA CRM-RR 1408	
Origem: HCSA		Sector: Bloco F	Leito: Leito 01
Data de Emissão: 25/10/2018 17:43		Recebimento:	

Resultado de Exame

Amostra: 1000952801

DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE

Material: OBSERVACIONAL

Métodologia: M35 - Tempo De Duke

TEMPO DE SANGRIA

Resultado

0'45" Min

Referência

1.0 - 4.0 Min

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M39 - Lee-white

RETRAÇÃO DO COAGULO

Resultado

5'45" Min

Referência

4.0 - 10.0 Min

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M31 - Indeterminada

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

13 seg

Referência

10.0 - 14.0 seg

RNI

1.13

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

43 seg

25.0 - 39.0 seg

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

78.6 %

70.0 - 100.0 %

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.




Dra. Lourença Lourenço de
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 272

Responsável Técnico: Wallace Bruno Feneis Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211
Obs: Liberação do resultado mediante semelhança pessoal

25/10/2018 18:18

(*) Resultado
Página 1 de 1



 HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA	 Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Boa Vista
--	-----------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nº do Prontuário: 1191	Nome do Paciente: LAYSSA DO NASCIMENTO SOUZA		
Sexo: F	Data de Nascimento: 04/12/2005	Endereço: Rua Vitorino Bonfina 673	
Bairro: Povo do Sol	Bloco: F	Leito: 13	
ALTA HOSPITALAR			
☒ Médica	☐ A pedido	☐ Evasão	
Data da Alta: 20/10/18	Médico: [Assinatura]	Hora: 12:50	
ÓBITO			
Data do Óbito:		Hora:	
Atestado foi preenchido: ☐ Sim ☐ Não	Caso de Polícia: ☐ Sim ☐ Não	Entregue a Família: ☐ Sim ☐ Não	
TRANSFERÊNCIA			
Transferido de:	Transferido para:		
REMOÇÃO			
Removido de:	Removido para: Mirela V. M. Morenatti		
20/10/18	Enfermeira CORRESPONDENTE 444-ENF		
Data da Emissão	Assinatura da(o) Enfermeira(o) Responsável		



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Prontuário:	1191	Nome do Paciente:	DAYSSA DO NASCIMENTO		
Sexo:	F	Data de Nascimento:	04/12/2006	Endereço:	Rua Estrela do Norte 673
Bairro:	Pavão do Sol	Bloco:	F	Leito:	13

ALTA HOSPITALAR

☒ Médica	() A pedido	() Evasão			
Data da Alta:	20/10/18	Médico:	M. S. C.	Hora:	12:00

ÓBITO

Data do Óbito:		Hora:			
Atestado foi preenchido:	() Sim () Não	Caso de Polívia:	() Sim () Não	Entregue a Família:	() Sim () Não

TRANSFERÊNCIA

Transferido de:		Transferido para:	
-----------------	--	-------------------	--

REMOÇÃO

Removido de:		Removido para:	
--------------	--	----------------	--

Data da Emissão	29/10/18	Assinatura da(o) Enfermeira(o) Responsável	Marcia V. M. Moura Enfermeira Prof. 353.444-ENF
-----------------	----------	--	---



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00100113 00000119 RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

CNS:

898002738535951

Data Nascimento:

04/12/2008

Idade:

9

Unidade de Internação e Leito:

BLOCO F-LEITO13



Serviço Social

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☒ Visita ao Leito | ☐ Mediação de Conflitos | ☒ Acolhimento | ☐ Autorização |
| ☒ Escuta Qualificada | ☐ Viabilização | ☐ Visita Domiciliar | ☐ Relatório Situacional |
| ☒ Contato Familiar | ☒ Orientação | ☐ Visita Inst. | ☐ Busca Ativa |
| ☐ Contato Institucional | ☐ Articulação entre setores internos | ☐ Conserv. de Corpo | ☐ Reunião Multidisciplinar |
| ☐ Estudo de Caso | ☐ Encaminhamento | ☐ Registro Social | ☐ Declaração |
| ☐ Outras Demandas | ☐ Contra Referência | ☒ Entrevista Social | ☐ Palestra |
| | | ☐ Agendamento | ☐ Certidão de Nascimento |

Observações:

GENITORA RECEBE ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO REFERENTE AS NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE.

Boa Vista - RR QUARTA-FEIRA, 24 DE OUTUBRO DE 2018

Assinatura do Responsável

TANIA MARIA C. LIMA DE ARAUJO SILVA

Assinatura e Carimbo

CRESS: 3801

AM/RR



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00100113 000000119 RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

CNS:

898002738535951

Data Nascimento: Idade:

04/12/2008 9

Unidade de Internação e Leito:

BLOCO F-LEITO13



Ocupação do pai e local de trabalho? NÃO SABE INFORMAR

Ocupação da mãe e local de trabalho? DIARISTA

Possui outra fonte de renda? QUAL? NÃO

Possui agregado(s) em casa? NÃO PARENTESCO:

Número de filhos: 3 FILHOS - 7 ANOS, 4 ANOS QUE RESIDE COM O GENITOR E A CRIANÇA EM TELA

Residência: CEDIDA

TIPO DE MORADIA: ALVENARIA

QTD CÔMODOS: 5

TIPO DE ABASTECIMENTO DA ÁGUA? REDE PÚBLICA

ESCOAMENTO SANITÁRIO? FOSSA SÉPTICA

SITUAÇÃO HABITACIONAL: BAIRRO

RECEBE ALGUM PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: BOLSA FAMÍLIA R\$

294,00

RENDA FAMILIAR:

NÚMERO DE FILHOS:

NASCIDO VIVOS:

PERDAS FETAIS/ABORTOS:

IGNORADO:

TIPO DE GRAVIDEZ:

ÚNICA:

DUPLA:

TRIPLA A MAIS:

IGNORADO:

TIPO DE PARTO:

VAGINAL:

CESÁREO:

IGNORADO:

* PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

V - CONDUÇÃO PROFISSIONAL/ ACOMPANHAMENTO:

GENITORA RECEBE ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO REFERENTE AS NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE.

QUARTA-FEIRA, 24 DE OUTUBRO DE 2018

TANIA MARIA C. LIMA DE ARAUJO SILVA

ASSINATURA

CRESS: 8801

AM/RR



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00100113 00000119 RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

CNS:

898002738535951

Data Nascimento:

04/12/2008

Idade:

9

Unidade de Internação e Leito:

BLOCO F-LEITO13



FICHA SOCIAL

I - IDENTIFICAÇÃO GERAL

DATA DO ACOlhIMENTO: 24/10/2018

DIAGNÓSTICO: ORTOPEDIA - ACIDENTE DE TRANSITO MOTO X CARRO

LEITO: BLOCO F-LEITO13

II - DADOS DO PACIENTE

NOME: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

DATA DE NASCIMENTO: 04/12/2008

IDADE: 9 Anos 10 Meses 20 Dias

SEXO: FEMININO

PESO AO NASCER:

EXCLUSIVO PARA MENORES DE 1 ANO

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURALIDADE: BOA VISTA

PAI: LEONARDO DA SILVA BELO

IDADE: 27

ESCOLARIDADE:

MÃE: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

IDADE: 28

ESCOLARIDADE: Médio - Completo

ENDEREÇO: RUA ESTRELA BONITA, Nº 673 - CASA 8 RAIAR DO SOL

PONTO DE REF.:

CIDADE: BOA VISTA

TELEFONE: 99120- 4180 MÃE/ 99132- 3609 PAI

ACOMPANHANTE NA UNIDADE: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

PARENTESCO: MÃE

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: SIM

ATUALIZADO: NÃO

POSSUI REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO: SIM

APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: NÃO

SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO, QUAL?

TEM ACOMPANHAMENTO NA REDE, QUAL?

ESTUDA: SIM

ANO: 3º

TURNO: VESPERTINO

ESCOLA: MUNICIPAL OLÁDIO BATISTA DA SILVA

CARTÃO SUS: 898 0027 3853 5951

É VINCULADO A UBS, QUAL?

JÁ ESTEVE INTERNADO NESTA UNIDADE HOSPITALAR OUTRAS VEZES? NÃO

PAIS SEPARADOS? SIM

EM PROCESSO DE TFD? NÃO

III - PACIENTE EM TRÂNSITO

☐ SIM ☒ NÃO

LOCAL DE ORIGEM?

INDÍGENA?

SE SIM, QUAL ETNIA?

POSSOI FAMILIARES OU AMIGOS DOMICILIADOS EM BOA VISTA?

NOME:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

Nº

BAIRRO:

IV - SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO O SUSTENTO DA FAMÍLIA? GENITORA





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe:

- Nome do procedimento realizado. *TTO Cirurgia de Exposto femoral*

- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas.

☒ SIM ☐ NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?

☐ SIM ☐ NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?

☐ SIM ☒ NÃO

- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Assinatura : *Isabel Filizzole*

Isabel Filizzole
ENFERMEIRA
C.R.E.N. 000.000.000



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

Data - 19/10/2018

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

Pront. 1494

idade 9a 10m

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

- 1- Identificação do paciente: Raissa do Nascimento Belo
2- Local da Cirurgia a ser feita: MID
3- Procedimento a ser realizado: Tração Transesqueletica
4- Consentimento informado realizado: () SIM (X) NÃO
5- Checagem do Equipamento Anestésico: (X) SIM () NÃO
6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando: (X) SIM () NÃO
7- O Paciente tem Alguma Alergia? () SIM (X) NÃO
- Sim, alergia a quê?
8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração? () SIM (X) NÃO
9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas? (X) SIM () NÃO
10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)? () SIM (X) NÃO
11- Há acesso venoso e planejamento para reposição? (X) SIM () NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

- 1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:
- Cirurgião: Dr. Fernando Cirurgião Auxiliar: Dr. Marcelo
- Anestesista: Dr. Marcelo Instrumentador: Dr. Marcelo
- Enfermeiro (a): Isabel de Jesus
- Técnicos de Enfermagem: Leonor, Otaviano e Karine
2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião (X) Sim () Não
Há passos críticos na cirurgia () Sim (X) Não
3- Qual sua duração estimada? (X) 1 Hora () 2 Horas () 3 Horas () Outras
4- Há possíveis perdas sanguíneas? () SIM () NÃO
5- Revisão do Anestesista:
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? () SIM () NÃO
6- Revisão da Enfermagem:
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? (X) SIM () NÃO
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? () SIM (X) NÃO
7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
() SIM (X) NÃO
8- Exames de Imagem estão disponíveis? (X) SIM () NÃO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe: *Sim*

- Nome do procedimento realizado: *TTO Cirurgico Fratura Femur* (5)

- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:

(☒) SIM () NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?

() SIM () NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?

() SIM (☒) NÃO

- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Isabel Filizzola
ENFERMEIRA
C.R.F. 4.444.444

Assinatura :

Isabel Filizzola



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

Data 26/10/2018

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

Pront 5391
idade 9 anos.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

1- Identificação do paciente:	Rafessa do Nascimento Belo
2- Local da Cirurgia a ser feita:	
3- Procedimento a ser realizado:	TTO Cirurgico de femur (B)
4- Consentimento informado realizado:	() SIM (X) NÃO
5- Checagem do Equipamento Anestésico:	(X) SIM () NÃO
6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando:	(X) SIM () NÃO
7- O Paciente tem Alguma Alergia? () SIM (X) NÃO	
- Sim, alergia a quê?	
8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração?	() SIM (X) NÃO
9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas?	(X) SIM () NÃO
10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)?	() SIM (X) NÃO
11- Há acesso venoso e planejamento para reposição?	(X) SIM () NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:	
- Cirurgião: D. Gonçalves	Cirurgião Auxiliar: Dr. Marcus Brunner
- Anestesiologista: Dr. Jander	Instrumentador: Dr. Jander
- Enfermeiro (a):	
- Técnicos de Enfermagem:	
2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião (X) SIM () NÃO	
Há passos críticos na cirurgia () SIM (X) NÃO	
3- Qual sua duração estimada? (X) 1 Hora () 2 Horas () 3 Horas () Outras	
4- Há possíveis perdas sanguíneas? () SIM (X) NÃO	
5- Revisão do Anestesiologista:	
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? () SIM (X) NÃO	
6- Revisão da Enfermagem:	
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? (X) SIM () NÃO	
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? () SIM (X) NÃO	
7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?	
(X) SIM () NÃO	
8- Exames de Imagem estão disponíveis? (X) SIM () NÃO	



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital da Criança Santo Antonio
FICHA DE PRÉ-ANESTESIA

IDENTIFICAÇÃO					
NOME: <u>Rafaela do Nascimento Belo</u>		IDADE: <u>9</u> Anos		Meses	
SEXO: <u>F</u>		COR: <u>Bela</u>		REGISTRO:	
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de fêmur</u>					
CIRURGIA PROPOSTA:			CIRURGIÃO:		
ANESTESIA PROPOSTA: <u>geral</u>			DATA: <u>/</u> <u>/</u>		
ANAMNESE					
SIM	NÃO		SIM	NÃO	
	☒	1-Está ou esteve resfriado nas últimas 2 semanas?		☒	8-Teve Hepatite? Malária? Febre Amarela? Dengue?
	☒	2-Está ou esteve com alguma doença nas últimas 2 semanas?		☒	9-Toma Algum medicamento? Qual?
☒		3-Tem alergia a algum medicamento ou substância? <u>Paracetamol</u>		☒	10-A mãe teve alguma complicação durante a gravidez? (Hipertensão, diabetes, outra).
	☒	4- Sangra mais quando se fere ou tem sangramento espontâneo? (gengiva, nariz).		☒	11-Alguma complicação ao nascimento? (demora a chorar, aspiração pulmonar, foi para UTI).
	☒	5-Já apresentou convulsão? Crise/ano, data da última crise, fator desencadeante.		☒	12-Nasceu prematuro? Informe: idade gestacional, peso ao nascer, tempo de assistência na UTI, atual idade pós-conceitual.
	☒	6- Tem alguma doença crônica? (diabetes/HAS/Hemofilia/doença neuromuscular ou outras).	☒		13- Já foi anestesiado antes? Alguma complicação durante anestesia? <u>complicação</u>
	☒	7- Tem alguma doença no coração, pulmão, rins ou fígado?		☒	14-Algum problema com anestesia com parentes diretos?
Nº <u> </u> Comentários dos dados positivos			Dados Vitais		
			Peso Atual: <u>30</u> Peso ao nascer:		
			FC: FR: Temp:		
			Eupnéico ☒ Dispneico ☒ Taquipnéico ☒		
			Anictérico ☒ Ictérico ☒ Corado ☒		
			Descorado ☒ Hidratado ☒		
			Desidrat. ☒ Acianótico ☒ Cianót. ☒		
Data	Exames Complementares				Cabeça / Pescoço
	Ht: <u>129,8</u> Hb: <u>10,1</u> Plq: <u>315.000</u>				<u>3/10/18</u>
	Glic: <u>UR 29,93</u> Cr: <u>0,67</u>				
	Na: <u> </u> K: <u> </u> Ca: <u> </u>				
	TC: <u>4'25"</u> TS: <u>2'50"</u> TT: <u> </u>				
	<u>6</u> TAP: <u>55%</u> RNI: <u>142,1</u> TTPA: <u>50"</u>				
	Rx se tórax: <u> </u>				
	ECG: <u> </u>				Tórax/Abdome
	ECO: <u> </u>				<u>2/10/18</u>
	Aval.Clinica: <u>Qualificar resultado do</u>				SNC/Coluna /MMII
	Outros: <u>ecgulograma</u>				<u>2/10/18</u>
Estado Físico ASA <u>I</u>			Data: <u>25/10/18</u> Anestesiista: <u>Ana Paula Thomé</u>		



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA

26/10/12

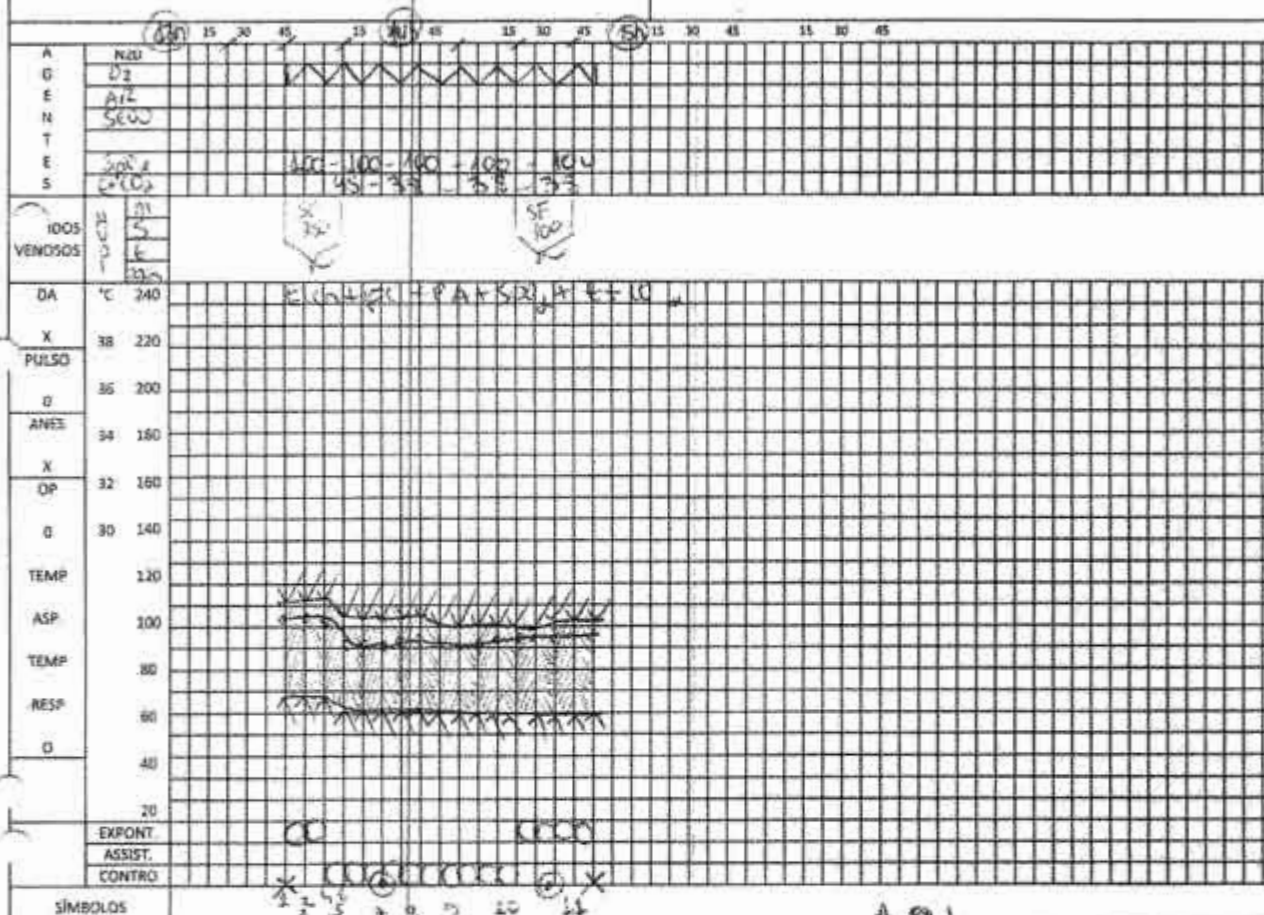


PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

não houve

Nome: Raynor do Nascimento Melo
Oa P=

Prontuário



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl	100 mcg	Anestesia Geral Vênosa + Intubação	1. Monitorização
B Propofol	100 mg	Intubação	2. Oximétrico (sat. O2)
C		Simulação Intubação em	3. Pressão Arterial
D		Simulação Intubação em	4. Cateter Saco de Neuma para
E		Simulação Intubação em	5. 2OT + VME
F		Simulação Intubação em	6. Propofol 4mg/kg
G		Simulação Intubação em	7. O2 + AEL (F02 = 0.4) + 520C 3'
GLUCOSE			8. Oximetria 4mg/kg
INDIC. C.V.	350 ml		9. Anestesia 4mg/kg
SANGUE			10. Lidarona 1mg/kg
			11. Nubum 0.1mg/kg
			12. Aparelho VAS - Extubação
TOTAL	350 ml	13. 40. 3. 14. 5h = 0h 40 min	13. Segue a SAPH
OPERAÇÃO	Cateter interno em fêmur direito.		
ANESTESISTAS	Dr. Jennifer Cruz	COD	CIRURGIÃO
	Anestesiologista		Dr. Jhonatan / Marcos
	CRM/RR 1427 (RDE-21)		
			PERDA SANGÜÍNEA
			Seringa - Escudo-Gesso Saco Depressão Hemorragia - Antídoto Boli
			Respiratório - Alvéolo "Backlog" - Vento Tensão - Choque

DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
70 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RJ



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA



19/10/18 - *Guereúmp*

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA EFETO

fentanil 0.5mg - IV, 13h30
Propofol 0.5mg - IV, 14h

Nome: *Rayssa do Nascimento Selo*

Prontuário *9a. 1380*

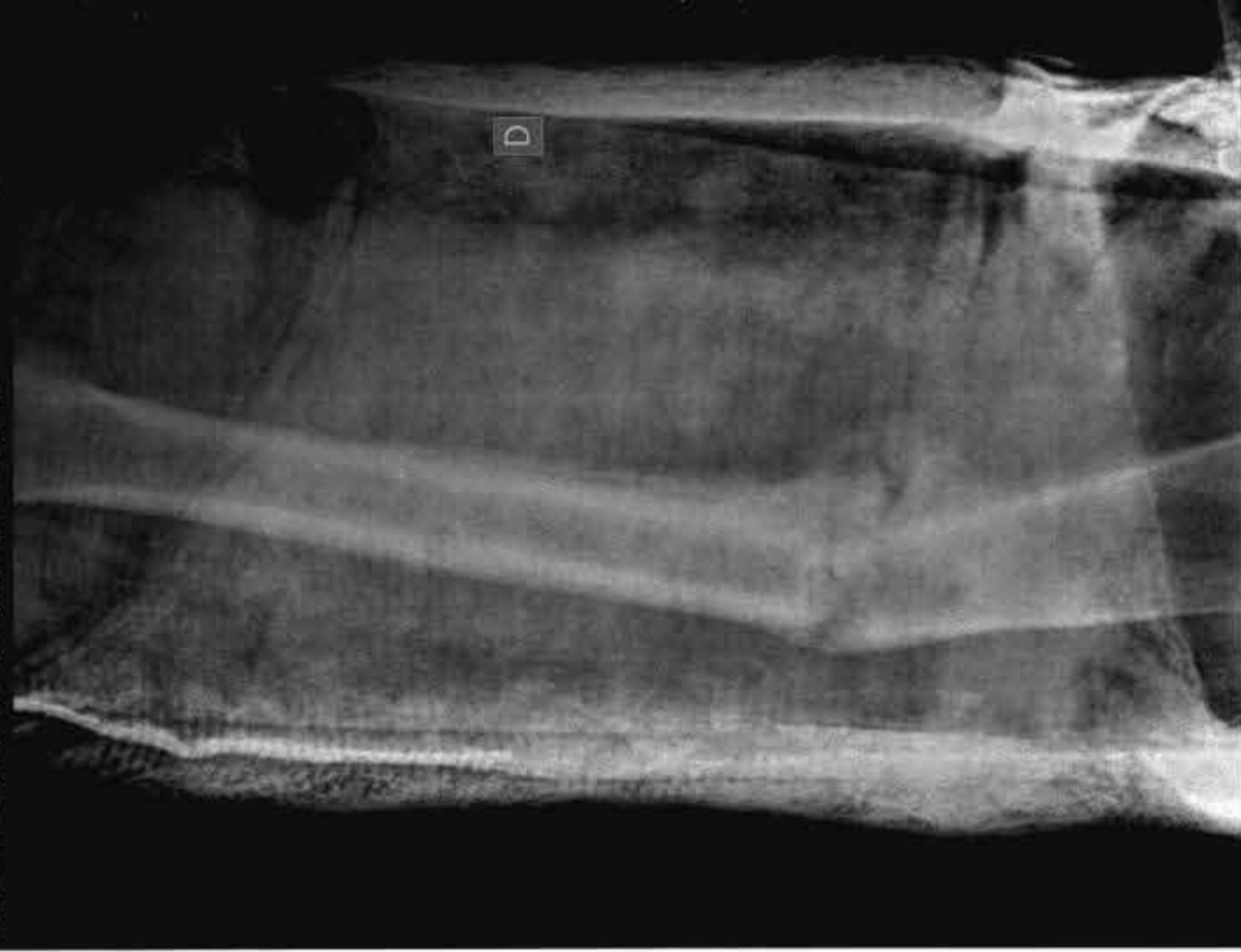
A G E N T E S	15 30 45				15 30 45				15 30 45				15 30 45			
	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
2																
LIQ. V. VENOSOS	A	USC	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
DA	°C	240														
X	38	320														
PULSO	16	200														
O	34	180														
ANES	X	32	180													
OP	O	30	140													
TEMP	120															
ASP.	100															
TEMP	80															
	60															
	40															
	20															
EXPONT.																
ASSIST.																
CONTRO																

SÍMBOLOS		DOSES TÉCNICAS		ANOTAÇÕES	
A	Agente	B	Dose	1. <i>Monitoragem: SpO2/ECG/</i>	
B	Agente	C	Dose	2. <i>100% O2 hum. sob cat</i>	
C	Agente	D	Dose	3. <i>Propofol e Fentanil de rotina</i>	
D	Agente	E	Dose	4. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
E	Agente	F	Dose	5. <i>Fentanil 0.5mg</i>	
F	Agente	G	Dose	6. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
G	Agente	H	Dose	7. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
GLUCOSE		I	Dose	8. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
INDIC		J	Dose	9. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
SANGUE		K	Dose	10. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
TOTAL		L	Dose	11. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
OPERAÇÃO		M	Dose	12. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	
ANESTESISTA		N	Dose	13. <i>Propofol 0.5mg/kg</i>	

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Soares, 401 - Boa Vista - SP



D



11.02.2019 17:23:10

71.7%

11.02.2019 17:23:10

61.6%

Patient RAISSA DO NASCIMENTO

photo HOSP: DA CRIANCA SANTO ANTONIO

PHONE: 099-35381313 TR

DN: 136718

Laudo Médico

Royssse do Nascimento Belo, vítima de acidente automobilístico, sendo socorrida no Hospital de Crianças Santo Antônio, onde foi constatado fratura do fêmur direito. Foi tratada com fixador externo. Após alta médica, periciando vem apresentando marcha claudicante à direita, dor a mobilidade passiva e ativa em articulações feno, dingo, Coxo-femural direito e joelho direito.

Periciando com sequelas permanentes comprometendo membro inferior direito.

Boa Vista, 02/09/2019



Dr. Francisco F. Farias
Matricula: 043002887
CRM 365-RR



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

Tabelião

José Coelho de Souza Neto

Tabelião

Av. Ataíde Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808

Boa Vista

Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-121** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **108-F**, sob o Nº. **73229**, está Registrado o assento de **RAYSSA DO NASCIMENTO BELO**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **quatro de dezembro de dois mil e oito às 08:30**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **LEONARDO DA SILVA BELO** e **MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**, avós paternos: **José Francisco Belo** e **Hilda da Silva**, e avós maternos: **Francisco Oliveira** e **Cleangela Marques do Nascimento**.

O registro foi efetuado no dia **5 de dezembro de 2008**

Foi declarante: **A mãe**

Observação: **2ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 27 de maio de 2009


Oficial

QUALQUER EMENDA OU RASURA
TORNARÁ NULA ESTA CERTIDÃO.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capoteiro João Damasceno, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA

 **Polegar Direito**



Maria Andreleide do N. Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE BIOMETROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Cayula João Duarte, 404 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 301566-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/03/2016

MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO OLIVEIRA

CLEANGELA MARQUES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 07/01/1990

CERTIDÃO NASC 91008 FLS 149 LIV A-138

1 OF BOA VISTA-RR

988.506.442-72 **AMADEU ROCHA TRIANI**
 Perito Especialista da Polícia Civil
 Diretor de IGC

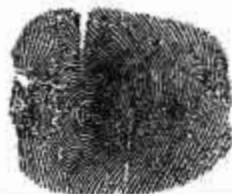
2 VIA P.1

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Porta Papiloscópica da Polícia Civil
Diretor da IIGC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

D 1

ÁREA DE MINISTROS - DP/MT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Baccetti, 104 - Boa Vista - RR

546700

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312740/19

Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

CPF: 988.506.442-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/10/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA ANDRELENE DO
NASCIMENTO OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA : 988.506.442-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RAYSSA DO NASCIMENTO BELO : 988.506.442-72

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190524289 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 16,18.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. FRANCISCO F. FARIAS - CRM 365. PG. 19.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190524289 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 16,18.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. FRANCISCO F. FARIAS - CRM 365. PG. 19.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Maria Andreleme do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Serviços Gerais RG: 301566-1
CPF: 988.506.442-72 ENDEREÇO: Rua Batista Bonita N.673
BAIRRO: Boa Vista CIDADE: Boa Vista
CEP: 69336-036

VÍTIMA: Rayssa do Nascimento Belo
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 09/30/2018
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Procurador
Nº DO RG: 239733 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016
Nº CPF: 829.396.343-20
ENDEREÇO: RCC 33 294 Laura Moreira

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, 05 de agosto de 2019.



Maria Andreleme do N. do Nascimento
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190524289

Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003905**

Conta: **0000015753-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190524289

Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima: Rayssa do Nascimento Belo

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

5 - Nome completo: Rayssa do Nascimento Belo 6 - CPF:

7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: R. Estrada Boa Vista 9 - Número: 673 10 - Complemento:

11 - Bairro: Povo da Sol 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-816

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 959113-3855

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: Maria Andreuza de Nascimento

18 - CPF do Representante Legal: 988.506.442-72 19 - Profissão do Representante Legal: Serviços gerais

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: 3905 03 CONTA: 00035753 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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 (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 (pai/nascor)? ☐ 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 29.08.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima: Raissa do Nascimento Belo

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

5 - Nome completo: Raissa do Nascimento Belo 6 - CPF: 673
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: R. Estrada Boa Vista 9 - Número: 673 10 - Complemento:
11 - Bairro: Povo da Sol 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-816
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 959113-3855

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: Maria Andreuza do Nascimento
18 - CPF do Representante Legal: 988-506.442-72 19 - Profissão do Representante Legal: Serviços gerais

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: 3905 03 CONTA: 00035753 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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 (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 (pai/nascor)? ☐ 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 29.08.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

GENTE SEGURA

Av. Capitão João Batista, 104 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041592/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/10/2018 07:45 Data/Hora Fim: 20/10/2018 07:55
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM SEIE J Nº 809772 Data: 19/10/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/10/2018 13:06

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: R. VEREADOR WALDEMAR GOMES

Complemento: ESQUINA R. ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO

Ponto de Referência: CRUZAMENTO DE VIAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROP PM SERIE J Nº 809772 (COMUNICANTE)		
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	
Profissão: Policial Militar		
Nome da Mãe: PJ		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: DIONATAN GOMES DE ALCANTARA (CONDUTOR)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 36

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4134613

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 690.164.962-20

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. VEREADOR WALDEMAR GOMES

Nº: 2077

Complemento: CASA

Bairro: PINTOLÂNDIA

Telefone: (95) 99162-2938 (Celular)

Nome Civil: CLAUDILENE FEITOSA CARVALHO (CONDUTOR (AUSENTE))		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade: 30
Profissão: Autônomo		
Estado Civil: Casado(a)		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 881.931.012-00

Endereço



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041592/2018

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R. CAJAZEIRA
Complemento: CASA
Bairro: Laura Moreira

Nº: 103

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR(a) DELEGADO(a). Informo que fomos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de trânsito, ao chegarmos ao local fomos informados pelos envolvidos que: o item 01 Srº **DIONANTAN** conduzia o **V1 TOYOTA/COROLLA DE COR PRATA DE PLACAS NOM1995** na Rua VEREADOR WALDEMAR GOMES sentido Rua SOLON RODRIGUES PESSOA quando ao chegar no cruzamento com a Rua ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO foi abalroado na lateral esquerda pelo **V2 HONDA/CG 125 TITAN DE COR VERMELHA DE PLACA NAK4106** que era conduzido pela item 02 Srº **CLAUDILENE** que tinha como passageira a criança **RAYSSA (item 03)** e trafegava na RUA ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO sentido BAIRRO/CENTRO. Que após o abalroamento entre os veículos, o V1 colidiu no muro da ESCOLA ESTADUAL MARIA DE LOURDES NEVES, vindo a danificar o muro.

Os Itens acima relacionados foram atendidos no local pelo SAMU e removidos ao PSE/HGR para atendimento médico especializado. Sendo que a condutora e a passageira com suspeita de fratura pelo corpo. A perícia IC-PCRR foi acionada e realizada pela equipe do PERITO JACI CAETANO. Que os veículos estavam com o licenciamento em atrasos e foram notificados porém foram liberados no local devido a falta de meios (guincho indisponível). Sendo que o **V1** ficou na responsabilidade do Srº **RODRIGO FERREIRA DOS SANTOS, RG:4285670 SSP/RR CNH:07136489269**. E O **V2** ficou na responsabilidade do Srº **FRANCISCO FEITOZA FERREIRA, RG:102795 SSP/RR CNH:03333250799**. Que a Srº **CLAUDILENE** não possui CNH/PPD e foi notificada e não estar sendo apresentada nesta delegacia devido ter sido removido ao PSE para atendimento médicos. Apresento este relatório para providências. Era o que tinha a relatar

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho
Agente de Polícia
Matrícula 042000410
Responsável pelo Atendimento

Rop Pm Serie J Nº 809772
(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil Fernando Edson Gregório Gomes
Impresso por Jefferson Inácio Araújo
Data de impressão: 05/09/2019 12:47
Protocolo nº Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NR da nota ou ASE: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: Rogério do Nascimento Ballo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SESEG Nº 245/2013

5 - Nome completo: Rogério do Nascimento Ballo E - CPF: _____

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: 1 R. Antônio Pereira 9 - Número: 16 10 - Complemento: 3
11 - Bairro: Parque da Selva 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51250-160
15 - E-mail: rogerio@ballo.com.br

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Mônica Landellme do Nascimento 18 - CPF do Representante Legal: 488 506 442-72 19 - Profissão do Representante Legal: Dono de empresa

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: _____
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BEM (BENEFICIÁRIO) ☐ REPRESENTANTE LEGAL (CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPANCA (se tiver para outros bancos, anotar um código) ☐ CONTA CORRENTE (bancos comuns)
☐ Bradesco (287) ☐ Itaú (342) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3003 CONTA: 0003575 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Número Agência) (Número Conta) (Número Agência) (Número Conta)

Autorizo a Seguradora a realizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização, bem como a cobrança de valores devidos a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento 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

☐ 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.

Pela minha assinatura, solicito a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, bem como a cobrança de valores devidos a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento após a efetivação do crédito, quitando total, do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com vítima: ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmão ☐ Outros ☐ Não se aplica
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima tem filhos: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica
29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Vivos ☐ Falecidos ☐ Não sabe ☐ Não se aplica
30 - Vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica
31 - Se tinha filhos, informar: ☐ Vivos ☐ Falecidos ☐ Não sabe ☐ Não se aplica
32 - Vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não se aplica
33 - Se tinha filhos, informar: ☐ Vivos ☐ Falecidos ☐ Não sabe ☐ Não se aplica

Em caso de morte da vítima, a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte e/ou indenização que se apresentar em caso de morte, ficando a responsabilidade criminal por infração do artigo 265 da Constituição.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário: _____
35 - Nome legível de quem assina a requisição: _____
36 - CPF legível de quem assina a requisição: _____
37 - Assinatura de quem assina a requisição: _____

38 - Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
40 - Local e Data: Recife, 22 de 02 de 19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Rogério do Nascimento Ballo
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Mônica Landellme do Nascimento
43 - Assinatura do Promotor (se houver): _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

Instituto

José Coelho de Souza Neto

Substituto

Av. Ataide Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808

Boa Vista

Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-121** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **108-F**, sob o Nº. **73229**, está Registrado o assento de **RAYSSA DO NASCIMENTO BELO**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **quatro de dezembro de dois mil e oito às 08:30**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **LEONARDO DA SILVA BELO** e **MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**, avós paternos: **José Francisco Belo** e **Hilda da Silva**, e avós maternos: **Francisco Oliveira** e **Cleangela Marques do Nascimento**.

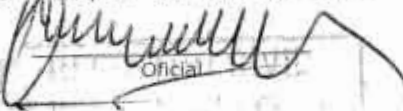
O registro foi efetuado no dia **5 de dezembro de 2008**

Foi declarante: **A mãe**

Observação: **2ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 27 de maio de 2009


Oficial

QUALQUER EMENDA OU RASURA
TORNARÁ NULA ESTA CERTIDÃO.

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 884 - Boa Vista - RR



Senha: UED067

UOLIVE Nisto

Idade: 9 Anos / 10 Meses / 15 Dias

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 1191 Data Nascimento: 04/12/2008
Nome do Paciente: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO
Sexo: FEMININO
Endereço: RUA ESTRELA BONITA
Bairro: RAIAR DO SOL
CEP: 69316019
Naturalidade: BOA VISTA
Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A)
Telefone: 991204180
Nome da Mãe: MARIA ADRIELE DO NASCIMENTO OLIVEIRA
CNS: 898002738535951

Número: 673

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: _____ Parentesco: _____ Fone: _____
Identidade: _____ CPF: _____

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 99695 Data Atendimento: 19/10/2018 11:50:09 Data Classificação: 19/10/2018 11:58
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: PRIMEIRA CONSULTA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO
Observação: *0 ALERGIA*
Peso: 0 KG Temp.: 0 Usuário triagem: MARIA GORETE LIMA PIRES

19/10/2018 11:58
10 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baccini, 404 - Boa Vista - SP

ANAMNESE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

*11:50 -> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CARROX MOTO) HÁ 15 MINUTOS
VEM TRAZENDO PELA SÁ M, EM PENSAMENTO RÁPIDO, INEBRIZADO.
HÁ 15 MINUTOS DESMONTADO/CAÍDO
SEM ANALISE CLÍNICA/CONSTANTE
SEM ROSTO... SEM SANGUE MUITO ATIVO. SÁ M BEM
DIPLOMA 16 (16)
81 CASA, OLHO SÁ M GESS*

EXAMES SOLICITADOS:

01X -> GWC SÁ M GESS

CONDIÇÃO

[Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

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: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000015753-8

Nr. da Autenticação C6AD05CD69A8916B



CNPJ: 08.579.407/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 26.099.428-3
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP: 68.309-410

0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 504602

Agosto/2019

Dados do Cliente:

CLEANGELA MARQUES DO NASCIMENTO

Endereço para entrega:

RUA ESTRELA BRANCA, NÚM. 673 - BAIRRO DO
SOL BOA VISTA RR 69016-016

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.099.0060.000	11	2726	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
		10	0
LEITURA FAT.			
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201907 10-0
201906 10-0
201905 10-0
201904 10-0
201903 10-0
201902 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBID. (NTU)	ODR	C. TOTAL (mg/L)	E. COLI
ESQUERDA	100	100	100	100	100
ANALISANDO	200	200	200	200	200
CONFERIR	200	200	200	200	200

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 07/2019		4,77
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,85

VENCIMENTO: 15/09/2019 TOTAL A PAGAR 48,51

AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
504602	08/2019	15/09/2019	48,51

82650000000-3 48510004001-6 00050460201-2 08201910003-9



IMPRESSO EM: 05/08/2019 18:52:32

Via do Cliente

Via da CAERR

ÁREA DE BOMESTROS - DPWAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - SP