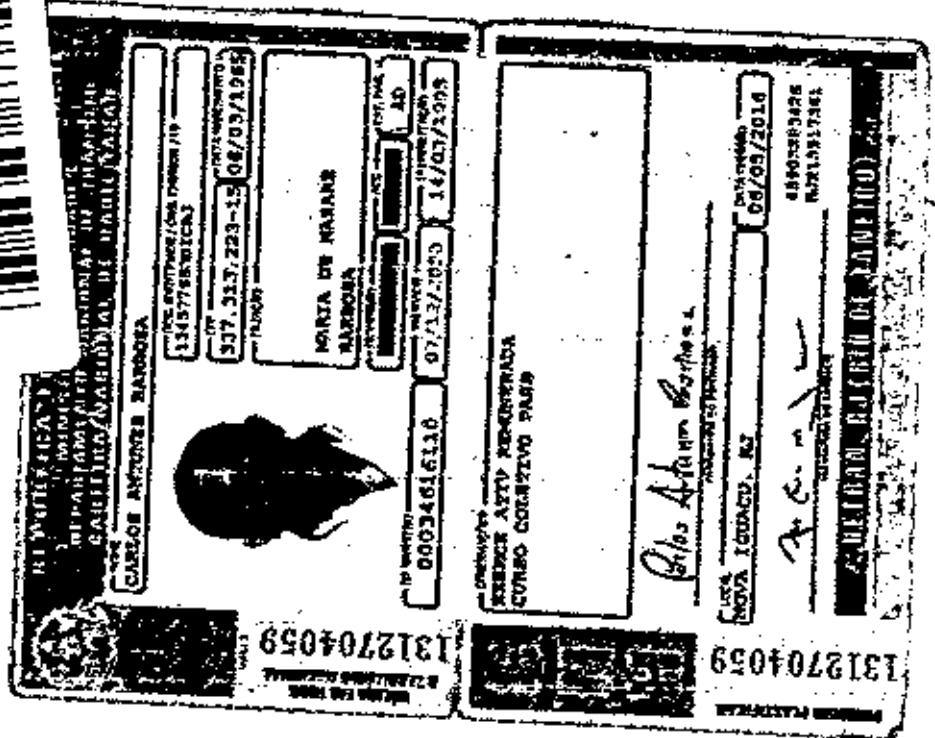


Document 18





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
SML NOVA IGUAÇU
Rua Edna, S/N Centro - NOVA IGUAÇU - 26030-430

LAUDO DE EXAME DE CORPO DELITO DE LESÃO CORPORAL

Laudo: SML-NI-CMD-002588/2018 Data da Requisição: 28/03/2018 11:26:37
Procedimento: 052-00378/2018 Recebimento da Requisição: 29/03/2018 09:20:25
Requisição: 020949-1052/2018 Encerramento do Laudo: 29/03/2018 10:43:33
Prontuário: 550-02751/2018 Processo:
Órgão Requisitante: 052a. Delegacia de Polícia

Examinado:

Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA - Sexo: Masculino - Data de Nascimento:
06/03/1965

Documento: Identidade (outros estados) - 671.002 - SSP/PI -
27/08/1990

Endereço: Rua SAVÉRIO JOSÉ BRUNO, 260 GARAGEM - AEROCLOUBE - NOVA
IGUAÇU - RJ

Laudo do IML - Lesões corporais

Filiação:

Nome do Pai: NÃO DECLARADO

Nome da Mãe: MARIA DE NAZARÉ BARBOSA



Preâmbulo:

Pelo Diretor ANGELO SILVARES GONCALVES - Matrícula 860.344-1 do SML NOVA IGUAÇU foi(ram) designado(s) o(s) perito(s) legista(s) abaixo para proceder(em) ao exame de Lesão Corporal a fim de ser atendida a requisição supra, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, e que encontrar(em), descobrir(em) e observar(em), e, bem assim, para responder aos seguintes quesitos:

Histórico:

PERICIADO ALEGA TER SE ENVOLVIDO EM ACIDENTE MOTO X CARRO EM 15/01/2018.

FOI ATENDIDO NO HGNI E DIAGNOSTICADO COM DISJUNÇÃO DA SÍNTESE PÚBLICA DE 1,6CM, SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA, SEGUNDO AVALIAÇÃO DO DR. GUSTAVO MAIA FRANCO SANTOS, CRM: 5271401-1.

Descrição:

O EXAME DIRETO EM 29/03/2018 APURA PERICIADO DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE 2 MULETAS.

CONSEGUE DEAMBULAR SEM MULETAS, PORÉM CLAUDICANDO DA PERNAS DIREITA, POR PEQUENAS DISTÂNCIAS E POR PERÍODO DE TEMPO MUITO CURTOS.

ALEGA NÃO CONSEGUIR PERMANECER DEAMBULANDO SEM MULETAS POR LONGOS PERÍODOS DE TEMPO, DEVIDO A DOR IMPORTANTE NO QUADRIL.

DURANTE ESTE EXAME, CONSEGUE PERMANECER EM PÉ APOIADO APENAS NA PERNAS ESQUERDA, PORÉM NÃO CONSEGUE APOIAR-SE SOMENTE COM A PERNAS DIREITAS.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
SML NOVA IGUAÇU
Rua Edna, 5/N Centro - NOVA IGUAÇU - 26030-430

LAUDO DE EXAME DE CORPO DELITO DE LESÃO CORPORAL

Laudo:SML-NI-CMD-002588/2018 Data da Requisição:28/03/2018 11:26:37
Procedimento:052-00378/2018 Recebimento da Requisição:29/03/2018 09:20:25
Requisição:020949-1052/2018 Encerramento do Laudo:29/03/2018 10:43:33
Prontuário:550-02751/2018 Processo:
Órgão Requisitante:052a.Delegacia de Policia

- Das respostas aos quesitos:

- 1) Há vestígio de lesão à integridade corporal ou à saúde da pessoa examinada com possíveis nexos causal e temporal ao evento alegados ao perito?
SIM
- 2) Qual foi o instrumento ou meio que produziu a lesão?
AÇÃO CONTUNDENTE
- 3) Foi produzida por emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada)?
PREJUDICADO
- 4) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?
SIM
- 5) Resultou em perigo de vida?
NÃO
- 6) Resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função (resposta especificada)?



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
SML NOVA IGUAÇU
Rua Edna, S/N Centro - NOVA IGUAÇU - 26030-430

LAUDO DE EXAME DE CORPO DELITO DE LESÃO CORPORAL

Laudo: SML-NI-CMD-002588/2018 Data da Requisição: 28/03/2018 11:26:37
Procedimento: 052-00378/2018 Recebimento da Requisição: 29/03/2018 09:20:25
Requisição: 020949-1052/2018 Encerramento do Laudo: 29/03/2018 10:43:33
Prontuário: 550-02751/2018 Processo:
Órgão Requisitante: 052a. Delegacia de Polícia

1) FUNDAMENTADA NA AINDA MUITO ATUAL DECISÃO JUDICIAL ABAIXO TRANSCRITA, ESTE PERITO ABSTÉM-SE DE RESPONDER ESTE QUESITO.
"O INSTITUTO MÉDICO – LEGAL É UM ÓRGÃO ESTATAL MAL APARELHADO E DEFICITÁRIO, NÃO SENDO POSSÍVEL OBRIGÁ-LO À PRESTAÇÃO DE MAIS ESTE ENCARGO, QUE AO FINAL SÓ SE PRESTA AO INTERESSE DA EMPRESA SEGURADORA. ASSIM, POR SE TRATAR DE SEGURO PRIVADO, NÃO SE PODE UTILIZAR DE UM ÓRGÃO PÚBLICO – INSTITUTO MÉDICO-LEGAL PARA EXPEDIÇÃO DO LAUDO. SABE-SE QUE O IML, TANTO DA CAPITAL COMO DO INTERIOR, ONDE PRESTA ATENDIMENTO, O SERVIÇO É PRECÁRIO, PELA FALTA DE PESSOAL E EQUIPAMENTOS, ONDE OS PROFISSIONAIS TRABALHAM ALÉM DE SUA CAPACIDADE PARA O ATENDIMENTO DAS OCORRÊNCIAS POLICIAIS E DO JUÍZO CRIMINAL. ASSIM, EM AJUZANDO A VÍTIMA AÇÃO DE COBRANÇA, TORNA-SE DESNECESSÁRIO A REALIZAÇÃO DA PERÍCIA PELO IML, POIS A PERÍCIA JUDICIAL É MUITO MAIS ABRANGENTE E PERMITE O CONTRADITÓRIO, INCLUSIVE COM A INDICAÇÃO DE ASSISTENTE PELAS PARTES. ADEMAIS OS LAUDOS FORNECIDOS PELO IML RESPONDEM AOS QUESITOS DE INTERESSE DA ÁREA CRIMINAL, SEM DEFINIÇÃO DE GRAU DE INVALIDEZ, SENDO PORTANTO, INCOMPLETO PARA A FORMAÇÃO DO CONJUNTO PROBATÓRIO EM AÇÃO DE COBRANÇA NA ESFERA CÍVEL."

7) Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente (resposta especificada)?



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
SML NOVA IGUAÇU
Rua Edna, S/N Centro - NOVA IGUAÇU - 26030-430

LAUDO DE EXAME DE CORPO DELITO DE LESÃO CORPORAL

Laudo: SML-NI-CMD-002588/2018 Data da Requisição: 28/03/2018 11:26:37
Procedimento: 052-00378/2018 Recebimento da Requisição: 29/03/2018 09:20:25
Requisição: 020949-1052/2018 Encerramento do Laudo: 29/03/2018 10:43:33
Prontuário: 550-02751/2018 Processo:
Órgão Requisitante: 052a . Delegacia de Policia

1) FUNDAMENTADA NA AINDA MUITO ATUAL DECISÃO JUDICIAL ABAIXO TRANSCRITA, ESTE PERITO ABSTÉM-SE DE RESPONDER ESTE QUESITO.
"O INSTITUTO MÉDICO – LEGAL É UM ÓRGÃO ESTATAL MAL APARELHADO E DEFICITÁRIO, NÃO SENDO POSSÍVEL OBRIGÁ-LO À PRESTAÇÃO DE MAIS ESTE ENCARGO, QUE AO FINAL SÓ SE PRESTA AO INTERESSE DA EMPRESA SEGURADORA. ASSIM, POR SE TRATAR DE SEGURO PRIVADO, NÃO SE PODE UTILIZAR DE UM ÓRGÃO PÚBLICO – INSTITUTO MÉDICO-LEGAL PARA EXPEDIÇÃO DO LAUDO. SABE-SE QUE O IML, TANTO DA CAPITAL COMO DO INTERIOR, ONDE PRESTA ATENDIMENTO, O SERVIÇO É PRECÁRIO, PELA FALTA DE PESSOAL E ESQUIPAMENTOS, ONDE OS PROFISSIONAIS TRABALHAM ALÉM DE SUA CAPACIDADE PARA O ATENDIMENTO DAS OCORRÊNCIAS POLICIAIS E DO JUÍZO CRIMINAL. ASSIM, EM AJUZANDO A VÍTIMA AÇÃO DE COBRANÇA, TORNA-SE DESNECESSÁRIO A REALIZAÇÃO DA PERÍCIA PELO IML, POIS A PERÍCIA JUDICIAL É MUITO MAIS ABRANGENTE E PERmite o CONTRADITÓRIO, INCLUSIVE COM A INDICAÇÃO DE ASSISTENTE PELAS PARTES. Ademais os LAUDOS FORNECIDOS PELO IML RESPONDEM AOS QUESITOS DE INTERESSE DA ÁREA CRIMINAL, SEM DEFINIÇÃO DE GRAU DE INVALIDEZ, SENDO PORTANTO, INCOMPLETO PARA A FORMAÇÃO DO CONJUNTO PROBATÓRIO EM AÇÃO DE COBRANÇA NA ESFERA CÍVEL."

- 8) Resultou de antecipação de parto ou aborto (resposta especificada)?
NÃO
- 9) Outras considerações objetivas relacionadas aos vestígios produzidos pela lesão corporal, a critério do Senhor Perito Legista.
NÃO

JULIANO SOUZA DE ABREU HIDD
4.351.119-8 - 52771481

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190593082**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS ANTUNES BARBOSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV FRANCISCO DA C VELOSO, 550 - Morada Nova - Cabeceiras do Piauí - PI - CEP 64105-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /RJ**] **134577683**

Data e local do acidente: [**15/01/2018**] **Nova Iguaçu - RJ**

Data e local do exame: [**20/11/2019**] **Teresina [PI]**

Resultado da Avaliação Médica

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

Disjunção da sinfise pubica

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Limitação da marcha. Claudicação leve. Flexão quadril direito: 60°, flexão quadril esquerdo: 70°. Hipotrofia membro inferior esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Tratamento não cirúrgico através de repouso e carga zero por 90 dias. Seguido de fisioterapia.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional membro inferior esquerdo.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Quadril direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Esta de alta do tratamento



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios da Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0365015/19

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

CPF: 337.313.223-15

Data do acidente: 15/01/2018

Titular do CPF: CARLOS ANTUNES
BARBOSA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CARLOS ANTUNES BARBOSA : 337.313.223-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA
CPF: 337.313.223-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

CARLOS ANTUNES BARBOSA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PARA

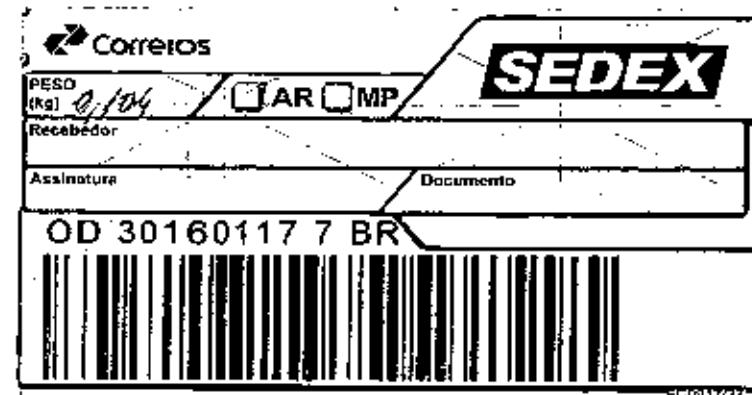
SEGURADORA LIDER CONSORCIO SEGURO DPVAT

RUA DA ASSEMBLEIA 100

2^o ANDAR CENTRO

CEP = 20011 - 904

RIO DE JANEIRO - RJ



NOME = CARLOS ANTUNES BARROSO

RG = 1324577683

CPF = 337.313.223 - 15

END = AVENIDA FRANCISCO DA C. VELOSO

BAIRRO = MORADA NOVA

CIDADE = CARBECERAS PIAU,

CEP = 621105 - 000

TELEFONE = 61 86198148 - 724441

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593082 **Cidade:** Nova Iguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Disjunção da sinfise pubica

Descrição do exame físico: Limitação da marcha. Claudicação leve. Flexão quadril direito: 60°, flexão do quadril esquerdo: 70°. Hipotrofia do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento não cirúrgico através de repouso e carga zero por 90 dias. Seguido de fisioterapia. Está de alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito em grau leve, Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do quadril D devido a limitação da flexão articular.
Indenização em grau leve do membro inferior E devido a repercussão funcional (hipotrofia do membro inferior, limitação da mobilidade do quadril, claudicação, limitação da marcha).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593082 **Cidade:** Nova Iguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Disjunção da sinfise pubica

Descrição do exame físico: Limitação da marcha. Claudicação leve. Flexão quadril direito: 60°, flexão do quadril esquerdo: 70°. Hipotrofia do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento não cirúrgico através de repouso e carga zero por 90 dias. Seguido de fisioterapia. Está de alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito em grau leve, Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do quadril D devido a limitação da flexão articular.
Indenização em grau leve do membro inferior E devido a repercussão funcional (hipotrofia do membro inferior, limitação da mobilidade do quadril, claudicação, limitação da marcha).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593082 **Cidade:** Nova Iguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X, @ 12, IML INCONCLUSIVO

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593082 **Cidade:** Nova Iguaçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X, @ 12, IML INCONCLUSIVO

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365015/19

Número do Sinistro: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

CPF: 337.313.223-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2018

Titular do CPF: CARLOS ANTUNES
BARBOSA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019
Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA
CPF: 337.313.223-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: MONICA FIGUEIRA TEIXEIRA
CPF: 715.792.737-34

CARLOS ANTUNES BARBOSA

MONICA FIGUEIRA TEIXEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365015/19

Número do Sinistro: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

CPF: 337.313.223-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2018

Titular do CPF: CARLOS ANTUNES
BARBOSA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA
CPF: 337.313.223-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: RONALD BATISTA DOS SANTOS
CPF: 112.663.647-90

CARLOS ANTUNES BARBOSA

RONALD BATISTA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365015/19

Número do Sinistro: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

CPF: 337.313.223-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2018

Titular do CPF: CARLOS ANTUNES
BARBOSA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA
CPF: 337.313.223-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: THATIANA PIRES BELLOT
CPF: 082.403.137-79

CARLOS ANTUNES BARBOSA

THATIANA PIRES BELLOT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365015/19

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

CPF: 337.313.223-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2018

Titular do CPF: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CARLOS ANTUNES BARBOSA : 337.313.223-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA
CPF: 337.313.223-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

CARLOS ANTUNES BARBOSA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTUNES BARBOSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTUNES BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTUNES BARBOSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTUNES BARBOSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

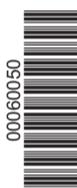
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593082

Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS ANTUNES BARBOSA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190593082 Vítima: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Data do Acidente: 15/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANTUNES BARBOSA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.206,25

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 001

Agência: 000002844-4

Conta: 0000033319-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AST:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	337.313.223.15	CARLOS ANTUNES BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2022

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	CARLOS ANTUNES BARBOSA		6 - CPF:	337.313.223.15
7 - Profissão:	MOTORISTA	8 - Endereço:	AVENIDA FRANCISCO DA C. VELOSO	9 - Número: 550 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro:	MORADA NOVA	12 - Cidade:	CABECEIRAS PIAUÍ	13 - Estado: PI 14 - CEP: 64105-000
15 - E-mail:				16 - Tel. (DDD): (88) 98148-7444

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:				Autorização de pagamento
--	--	--	--	--------------------------

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Re			
----------------------------------	----------------------	--	--	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprova

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: BRASIL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) 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 a放手 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 CRM) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nas dependências (vacinador)? Sim Não 31 - Vítima 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: CABECEIRAS PIAUÍ 01.10.2019
x/11/01 Ayreson D. Soza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
 CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL
052a.Delegacia de Policia
 Avenida Gov. Amaral Peixoto, 950, Centro, Nova Iguaçu - RJ,
 CEP: 26210-090, TEL.: (21) 3779-0168

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018 20:04 Final do Registro: 15/01/2018 20:15
 Origem: Outros Circunscrição: 052a.Delegacia de Policia
 Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97) Localidade: OUTROS

Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Capitulação: Artigo 303 do CTB

Motivo Presumido: Acidente

Data e Hora do fato: 15/01/2018 17:30 a 15/01/2018 17:30

Local: Sém tipo AMARO , 00 Bairro: JUSCELINO Município: NOVA IGUAÇU-RJ

Transversal com a rua getúlio de moura

Despacho da Autoridade

- 1 - Verificar se:
 - 1.1 - o(s) condutor(es) do(s) veículo(s) envolvido(s) possui(em) CNH válida
 - 1.2 - o acidente ocorreu em faixa de pedestre ou na calçada
 - 1.3 - o envolvido permaneceu no local do acidente
 - 1.4 - o acidente envolve veículo de transporte de passageiros
- 2 - Em caso negativo, apurar nos termos da Lei 9099/95.
- 3 - Oitiva da vítima, inclusive sobre a representação.
- 4 - Oitiva de testemunhas.
- 5 - Oitiva do(s) envolvido(s).
- 6 - Junte-se o BRAT, se houver.
- 7 - Requisite-se o BAM, caso a vítima tenha procurado assistência médica em Hospital.
- 8 - Junte-se cópia da CNH do(s) condutor(es).

ANDRÉ ALMADA DA SILVA

Id Funcional: 29571260

Envolvido(s)**Testemunha - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

Nome: FERNANDO NORBIATO DA SILVA - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 81085 PMERJ

Lotação: 20º BPM

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Branca Ocupação Principal: Policial militar

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA - Civil ID confirmada

Identidade (outros estados) Nº 671.002 SSP/PI

CPF/CIC Nº 337.313.223-15 M.FAZ

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018

20:04

Final do Registro: 15/01/2018

20:15

Origem: Outros Circunscrição: 052a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Local de trabalho: Rua SAVÉRIO JOSÉ BRUNO 260 GARAGEM Bairro: AEROCLUBE Município: NOVA IGUAÇU RJ
Telefone Nº: 26671024 Obs.: Garagem da Empresa Salutran.

Residente na Rua DIVA 81 CASA Bairro: AUSTIN Município: COMENDADOR SOARES RJ Telefone Nº: 26671024

Filho de: NÃO DECLARADO e MARIA DE NAZARÉ BARBOSA Data de nascimento: 06/03/1965 Naturalidade: BELÉM DO PIAUÍ-PI Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda Estado Civil: Casado(a) Ocupação Principal: Motorista

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS - Civil ID confirmada

CPF/CIC Nº 082.458.827-47 M.FAZ

Residente na Sem tipo VIRTUDE 50 Bairro: CENTRO Município: MESQUITA RJ Telefone/Celular Nº: 21964971916

Filho de: WILSON VIRGINIO DOS SANTOS e MARILDA DIAS DOS SANTOS Data de nascimento: 02/12/1978

Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Parda Estado Civil: Ignorado
Ocupação Principal: Ignorado**Autor - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

Nome: NÃO IDENTIFICADO - Não identificado

Nacionalidade: Brasileira

Declaracões**Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

CARLOS ANTUNES BARBOSA

posteriormente .

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

posteriormente.

Dinâmica do Fato

O comunicante é policial militar lotado no 20ºBPM e foi acionado por maré zero por volta das 17:30min para se dirigir a Rua Amaro com a Avenida Getúlio de Moura , onde teria ocorrido uma colisão entre uma motocicleta e um carro , onde o condutor da motocicleta teria se lesionado; ao chegar no local se deparou com o nacional CARLOS ANTUNES BARBOSA no chão e consciente porém aguardando a chegada dos bombeiros , informa que minutos depois o CBM chegou ao local e levou a vítima ao HGNI onde foi atendida através do BAM 4408. Relata que o condutor da motocicleta HONDA CG 150 FAN placa: LLM4405 era CARLOS , e o condutor do veículo HONDA FIT placa: JHX5986 era JESSICA ADRIANO DIAS DOS SANTOS .

Aassinaturas

CARLOS ANTUNES BARBOSA

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

RENAN BARBOSA SANTOS

Inspetor de Polícia - 5.033.294-5



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL
052a.Delegacia de Policia
Avenida Gov. Amaral Peixoto, 950, Centro, Nova Iguaçu - RJ,
CEP: 26210-090, TEL.: (21) 3779-0168

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018 20:04

Final do Registro: 15/01/2018 20:15

Origem: Outros , Circunscrição: 052a.Delegacia de Policia

Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97) Localidade: OUTROS

Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Capitulação: Artigo 303 do CTB

Motivo Presumido: Acidente

Data e Hora do fato: 15/01/2018 17:30 a 15/01/2018 17:30

Local: Sém tipo AMARO , 00 Bairro: JUSCELINO Município: NOVA IGUAÇU-RJ

Transversal com a rua getúlio de moura

Despacho da Autoridade

- 1 - Verificar se:
 - 1.1 - o(s) condutor(es) do(s) veiculo(s) envolvido(s) possui(em) CNH válida
 - 1.2 - o acidente ocorreu em faixa de pedestre ou na calçada
 - 1.3 - o envolvido permaneceu no local do acidente
 - 1.4 - o acidente envolve veículo de transporte de passageiros
- 2 - Em caso negativo, apurar nos termos da Lei 9099/95.
- 3 - Oitiva da vítima, inclusive sobre a representação.
- 4 - Oitiva de testemunhas.
- 5 - Oitiva do(s) envolvido(s).
- 6 - Junte-se o BRAT, se houver.
- 7 - Requisite-se o BAM, caso a vítima tenha procurado assistência médica em Hospital.
- 8 - Junte-se cópia da CNH do(s) condutor(es).

ANDRÉ ALMADA DA SILVA

Id Funcional: 29571260

Envolvido(s)**Testemunha - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

Nome: FERNANDO NORBIATO DA SILVA - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 81085 PMERJ

Lotação: 20º BPM

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Branca Ocupação Principal: Policial militar

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA - Civil ID confirmada

Identidade (outros estados) Nº 671.002 SSP/PI

CPF/CIC Nº 337.313.223-15 M.FAZ

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018

20:04

Final do Registro: 15/01/2018

20:15

Origem: Outros , Circunscrição: 052a.Delegacia de Policia

Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Local de trabalho: Rua SAVÉRIO JOSÉ BRUNO 260 GARAGEM Bairro: AEROCLUBE Município: NOVA IGUAÇU RJ

Telefone Nº: 26671024 Obs.: Garagem da Empresa Salutran.

Residente na Rua DIVA 81 CASA Bairro: AUSTIN Município: COMENDADOR SOARES RJ Telefone Nº: 26671024

Filho de: NÃO DECLARADO e MARIA DE NAZARÉ BARBOSA Data de nascimento: 06/03/1965 Naturalidade: BELÉM DO PIAUÍ-PI Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda Estado Civil: Casado(a) Ocupação Principal: Motorista

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS - Civil ID confirmada

CPF/CIC Nº 082.458.827-47 M.FAZ

Residente na Sem tipo VIRTUDE 50 Bairro: CENTRO Município: MESQUITA RJ Telefone/Celular Nº: 21964971916

Filho de: WILSON VIRGINIO DOS SANTOS e MARILDA DIAS DOS SANTOS Data de nascimento: 02/12/1978

Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Parda Estado Civil: Ignorado Ocupação Principal: Ignorado

Autor - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: NÃO IDENTIFICADO - Não identificado

Nacionalidade: Brasileira

Declarações**Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

CARLOS ANTUNES BARBOSA

posteriormente .

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

posteriormente.

Dinâmica do Fato

O comunicante é policial militar lotado no 20ºBPM e foi acionado por maré zero por volta das 17:30min para se dirigir a Rua Amaro com a Avenida Getúlio de Moura , onde teria ocorrido uma colisão entre uma motocicleta e um carro , onde o condutor da motocicleta teria se lesionado; ao chegar no local se deparou com o nacional CARLOS ANTUNES BARBOSA no chão e consciente porém aguardando a chegada dos bombeiros , informa que minutos depois o CBM chegou ao local e levou a vítima ao HGNI onde foi atendida através do BAM 4408. Relata que o condutor da motocicleta HONDA CG 150 FAN placa: LLM4405 era CARLOS , e o condutor do veículo HONDA FIT placa: JHX5986 era JESSICA ADRIANO DIAS DOS SANTOS .

Assinaturas

CARLOS ANTUNES BARBOSA

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

RENAN BARBOSA SANTOS

Inspetor de Policia - 5.033.294-5

JMV



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
 CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL
052a.Delegacia de Polícia
 Avenida Gov. Amaral Peixoto, 950, Centro, Nova Iguaçu - RJ,
 CEP: 26210-090, TEL.: (21) 3779-0168

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018 20:04

Final do Registro: 15/01/2018 20:15

Origem: Outros Circunscrição: 052a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97) Localidade: OUTROS

Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Capitulação: Artigo 303 do CTB

Motivo Presumido: Acidente

Data e Hora do fato: 15/01/2018 17:30 a 15/01/2018 17:30

Local: Sém tipo AMARO , 00 Bairro: JUSCELINO Município: NOVA IGUAÇU-RJ

Transversal com a rua getúlio de moura

Despacho da Autoridade

- 1 - Verificar se:
 - 1.1 - o(s) condutor(es) do(s) veiculo(s) envolvido(s) possui(em) CNH válida
 - 1.2 - o acidente ocorreu em faixa de pedestre ou na calçada
 - 1.3 - o envolvido permaneceu no local do acidente
 - 1.4 - o acidente envolve veículo de transporte de passageiros
- 2 - Em caso negativo, apurar nos termos da Lei 9099/95.
- 3 - Oitiva da vítima, inclusive sobre a representação.
- 4 - Oitiva de testemunhas.
- 5 - Oitiva do(s) envolvido(s).
- 6 - Junte-se o BRAT, se houver.
- 7 - Requisite-se o BAM, caso a vítima tenha procurado assistência médica em Hospital.
- 8 - Junte-se cópia da CNH do(s) condutor(es).

ANDRÉ ALMADA DA SILVA

Id Funcional: 29571260

Envolvido(s)**Testemunha - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

Nome: FERNANDO NORBIATO DA SILVA - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 81085 PMERJ

Lotação: 20º BPM

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Branca Ocupação Principal: Policial militar

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA - Civil ID confirmada

Identidade (outros estados) Nº 671.002 SSP/PI

CPF/CIC Nº 337.313.223-15 M.FAZ

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018

20:04

Final do Registro: 15/01/2018

20:15

Origem: Outros , Circunscrição: 052a.Delegacia de Policia

Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Local de trabalho: Rua SAVERIO JOSÉ BRUNO 260 GARAGEM Bairro: AEROCLUBE Município: NOVA IGUAÇU RJ
Telefone Nº: 26671024 Obs.: Garagem da Empresa Salutran.

Residente na Rua DIVA 81 CASA Bairro: AUSTIN Município: COMENDADOR SOARES RJ Telefone Nº: 26671024

Filho de: NÃO DECLARADO e MARIA DE NAZARÉ BARBOSA Data de nascimento: 06/03/1965 Naturalidade: BELÉM DO PIAUÍ-PI Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda Estado Civil: Casado(a) Ocupação Principal: Motorista

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS - Civil ID confirmada

CPF/CIC Nº 082.458.827-47 M.FAZ

Residente na Sem tipo VIRTUDE 50 Bairro: CENTRO Município: MESQUITA RJ Telefone/Celular Nº: 21964971916

Filho de: WILSON VIRGINIO DOS SANTOS e MARILDA DIAS DOS SANTOS Data de nascimento: 02/12/1978

Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Parda Estado Civil: Ignorado
Ocupação Principal: Ignorado**Autor - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

Nome: NÃO IDENTIFICADO - Não identificado

Nacionalidade: Brasileira

Declarações**Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

CARLOS ANTUNES BARBOSA

posteriormente .

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

posteriormente.

Dinâmica do Fato

O comunicante é policial militar lotado no 20ºBPM e foi acionado por maré zero por volta das 17:30min para se dirigir a Rua Amaro com a Avenida Getúlio de Moura , onde teria ocorrido uma colisão entre uma motocicleta e um carro , onde o condutor da motocicleta teria se lesionado; ao chegar no local se deparou com o nacional CARLOS ANTUNES BARBOSA no chão e consciente porém aguardando a chegada dos bombeiros , informa que minutos depois o CBM chegou ao local e levou a vítima ao HGNI onde foi atendida através do BAM 4408. Relata que o condutor da motocicleta HONDA CG 150 FAN placa: LLM4405 era CARLOS , e o condutor do veículo HONDA FIT placa: JHX5986 era JESSICA ADRIANO DIAS DOS SANTOS .

Assinaturas

CARLOS ANTUNES BARBOSA

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

RENAN BARBOSA SANTOS

Inspetor de Policia - 5.033.294-5

JMV



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESEG
 CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL
052a.Delegacia de Polícia
 Avenida Gov. Amaral Peixoto, 950, Centro, Nova Iguaçu - RJ,
 CEP: 26210-090, TEL.: (21) 3779-0168

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018 20:04

Final do Registro: 15/01/2018 20:15

Origem: Outros Circunscrição: 052a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97) Localidade: OUTROS

Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Capitulação: Artigo 303 do CTB

Motivo Presumido: Acidente

Data e Hora do fato: 15/01/2018 17:30 a 15/01/2018 17:30

Local: Sém tipo AMARO , 00 Bairro: JUSCELINO Município: NOVA IGUAÇU-RJ

Transversal com a rua getúlio de moura

Despacho da Autoridade

- 1 - Verificar se:
 - 1.1 - o(s) condutor(es) do(s) veiculo(s) envolvido(s) possui(em) CNH válida
 - 1.2 - o acidente ocorreu em faixa de pedestre ou na calçada
 - 1.3 - o envolvido permaneceu no local do acidente
 - 1.4 - o acidente envolve veículo de transporte de passageiros
- 2 - Em caso negativo, apurar nos termos da Lei 9099/95.
- 3 - Oitiva da vítima, inclusive sobre a representação.
- 4 - Oitiva de testemunhas.
- 5 - Oitiva do(s) envolvido(s).
- 6 - Junte-se o BRAT, se houver.
- 7 - Requisite-se o BAM, caso a vítima tenha procurado assistência médica em Hospital.
- 8 - Junte-se cópia da CNH do(s) condutor(es).

ANDRÉ ALMADA DA SILVA

Id Funcional: 29571260

Envolvido(s)**Testemunha - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

Nome: FERNANDO NORBIATO DA SILVA - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 81085 PMERJ

Lotação: 20º BPM

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Branca Ocupação Principal: Policial militar

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA - Civil ID confirmada

Identidade (outros estados) Nº 671.002 SSP/PI

CPF/CIC Nº 337.313.223-15 M.FAZ

REGISTRO DE OCORRÊNCIA**Nº 052-00378/2018**

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2018

20:04

Final do Registro: 15/01/2018

20:15

Origem: Outros , Circunscrição: 052a.Delegacia de Policia

Responsável p/ Investigação: RENAN BARBOSA SANTOS

Local de trabalho: Rua SAVERIO JOSÉ BRUNO 260 GARAGEM Bairro: AEROCLUBE Município: NOVA IGUAÇU RJ
Telefone Nº: 26671024 Obs.: Garagem da Empresa Salutran.

Residente na Rua DIVA 81 CASA Bairro: AUSTIN Município: COMENDADOR SOARES RJ Telefone Nº: 26671024

Filho de: NÃO DECLARADO e MARIA DE NAZARÉ BARBOSA Data de nascimento: 06/03/1965 Naturalidade: BELÉM DO PIAUÍ-PI Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda Estado Civil: Casado(a) Ocupação Principal: Motorista

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

Nome: JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS - Civil ID confirmada

CPF/CIC Nº 082.458.827-47 M.FAZ

Residente na Sem tipo VIRTUDE 50 Bairro: CENTRO Município: MESQUITA RJ Telefone/Celular Nº: 21964971916

Filho de: WILSON VIRGINIO DOS SANTOS e MARILDA DIAS DOS SANTOS Data de nascimento: 02/12/1978

Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Parda Estado Civil: Ignorado
Ocupação Principal: Ignorado**Autor - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

Nome: NÃO IDENTIFICADO - Não identificado

Nacionalidade: Brasileira

Declarações**Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)**

CARLOS ANTUNES BARBOSA

posteriormente .

Envolvido - Lesão Corporal Culposa (outros) (Lei 9503/97)

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

posteriormente.

Dinâmica do Fato

O comunicante é policial militar lotado no 20ºBPM e foi acionado por maré zero por volta das 17:30min para se dirigir a Rua Amaro com a Avenida Getúlio de Moura , onde teria ocorrido uma colisão entre uma motocicleta e um carro , onde o condutor da motocicleta teria se lesionado; ao chegar no local se deparou com o nacional CARLOS ANTUNES BARBOSA no chão e consciente porém aguardando a chegada dos bombeiros , informa que minutos depois o CBM chegou ao local e levou a vítima ao HGNI onde foi atendida através do BAM 4408. Relata que o condutor da motocicleta HONDA CG 150 FAN placa: LLM4405 era CARLOS , e o condutor do veículo HONDA FIT placa: JHX5986 era JESSICA ADRIANO DIAS DOS SANTOS .

Assinaturas

CARLOS ANTUNES BARBOSA

JESSICA ADRIANA DIAS DOS SANTOS

RENAN BARBOSA SANTOS

Inspetor de Policia - 5.033.294-5

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: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANTUNES BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 00000033319-0

Nr. da Autenticação 3A9BA4CC26E6A8AC

Comprovante de residência



 ACESPISA
Agência Estadual de Saneamento Básico

Av. Marechal Castelo Branco,
Inscrição estadual: 10.301.656-7 / CI
Internar
Atendimento ao Cliente

20071240

卷之三

4036505401

Futura Manual

160

STV 975

[View Details](#)

10月7日 13:56 由 14 版 生成于DEA

TIJDRIJFEN DE INIZIATIE BARROSO
AHOE FRANCISCA DA CUNHA VELLOSO 559

FRANCE
MORNING

ESTRADA NOVA
CABECEIRAS 14300-000

562

Bethan - Name do Serviço

ANSWER

三、題解

18/09/2019

37.97

CONFORME LIVRO DE PREGAMENTO 11 SITUE 0145/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 360 DIAS APÓS VENCIMENTO

Rua da Soledade, nº 100 - Centro, CEP 20.000-000
Bairro: Centro de Niterói - RJ - CEP: 20.000-000
Cidade: Niterói
Estado: RJ
UF: RJ
Nome: MARIA DE NAZARE BORGES
CRM: Não Informado
Número Unico: 0000444303
Endereço: Rua 81, RODILANDIA, NOVA SQUADRA, RJ 26220000
Sobrenome: Borges
Tipo de Chegada: GSE
Referência: TEN KERLY 44927
ACU: UAU1782
INIDIVTOR: SO BORGES
A: PELVICA

731019855

Documentação médica - hospitalar



SINTO
Já que fui eu é orientado no tempo e espaço supracito e horário da necessidade essa vez
não pude em regime politena
Por favor me desculpe, da minha parte

**DE ARDOR COM DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA SEM LUXO LIVRE SEM PNEUMOCRISTALOGONO EM CAVIARDE ABDOMINAL.
F- AVALIADO E LIBERADO PELA SOT, PORÉM RELATA NAO TER RECECIDO ENCAMINHAMENTO PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL PELA F- ALIDADE.
TE SEM PATOLOGIAS PARA CIR GERAL.
QUE PELA ORTOPEDIA PARA ORIENTAÇÃO DESATENDIDO MEDICO.**

PAULA BARRIOS DE ARAUJO

CRM: 5292-9689

2018-01-16 00:06:01

**EM RISCO PELVICA, MAS MOBILIZANDO MEMBRO INFERIOR E SUPERIOR ATRA E PASSINAMENTE SEM DEFICIT MOTOR E OU NEUROLOGICO
APRESENTANDO DISJUNÇÃO DA SINFISE PUBICA 1.6CM, SEM INDICAÇÃO DE CIRURGIA SEMA LESAO DA SACRA E LUMBAR POSTERIOR
SERADO PELA ORTOPEDIA E DEVENDO FAZER O ACOMPANHAMENTO AMEDICAL, PELA ORTOPEDIA**

SAO SIMEONE

Hipótese Diagnóstica

SAO SIMEONE

Rescisão

GUSTAVO MARIA FRANCO SANTOS
CRM: 52714011
180112018 0000632

Indicamento: DIPRONA 500MG/5ML - AMPOLA
Recipiente: 1 amp Vía de Acceso: ENDovenosa Apresentador: 2
Parte dec: Observador:

THE AMERICAN CONSTITUTION OF 1787

Cartas e Sólicitado

DE ASSOCIAÇÃO FESTEJO

四

ESTRANHO

四庫全書

ALTA MEDICINA

ALTA A REVENIA
TRANSFERENCIA

卷之三

卷之三

ESTADO DE SANTOS

140

1. The following table gives the number of hours worked by each of the 100 men in the sample. The mean number of hours worked per week is 40.5 hours.

10. The following table gives the number of hours worked by each of the 1000 workers.

1. The following table summarizes the results of the study. The first column lists the variables, the second column lists the descriptive statistics, and the third column lists the regression coefficients and their standard errors.

SCIENCE COMMUNICATIONS IN INDIA 13-19 NOVEMBER 1991

SUS

Número da
Série

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU - HGN

2 - CNES

4 - CNES

2 | 7 | 9 | 8 | 6 | 6 | 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - IDADE

8 - SEXO

9 - COR

10 - NOME DA MAE

11 - NOME DO PARECERISTA

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NÚMERO TELEFONE

14 - NÚMERO TELEFONE

15 - NÚMERO TELEFONE

16 - NÚMERO TELEFONE

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

33.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

22 - DIA

23 - MES

24 - ANO

25 - ANO

26 - ANO

27 - ANO

28 - ANO

29 - ANO

30 - ANO

31 - ANO

32 - ANO

33 - ANO

34 - ANO

35 - ANO

36 - ANO

37 - ANO

38 - ANO

39 - ANO

40 - ANO

41 - ANO

42 - ANO

43 - ANO

44 - ANO

45 - ANO

46 - ANO

47 - ANO

48 - ANO

49 - ANO

50 - ANO

51 - ANO

52 - ANO

53 - ANO

54 - ANO

55 - ANO

56 - ANO

57 - ANO

58 - ANO

59 - ANO

60 - ANO

61 - ANO

62 - ANO

63 - ANO

64 - ANO

65 - ANO

66 - ANO

67 - ANO

68 - ANO

69 - ANO

70 - ANO

71 - ANO

72 - ANO

73 - ANO

74 - ANO

75 - ANO

76 - ANO

77 - ANO

78 - ANO

79 - ANO

80 - ANO

81 - ANO

82 - ANO

83 - ANO

84 - ANO

85 - ANO

86 - ANO

87 - ANO

88 - ANO

89 - ANO

90 - ANO

91 - ANO

92 - ANO

93 - ANO

94 - ANO

95 - ANO

96 - ANO

97 - ANO

98 - ANO

99 - ANO

00 - ANO

01 - ANO

02 - ANO

03 - ANO

04 - ANO

05 - ANO

06 - ANO

07 - ANO

08 - ANO

09 - ANO

10 - ANO

11 - ANO

12 - ANO

13 - ANO

14 - ANO

15 - ANO

16 - ANO

17 - ANO

18 - ANO

19 - ANO

20 - ANO

21 - ANO

22 - ANO

23 - ANO

24 - ANO

25 - ANO

26 - ANO

27 - ANO

28 - ANO

29 - ANO

30 - ANO

31 - ANO

32 - ANO

33 - ANO

34 - ANO

35 - ANO

36 - ANO

37 - ANO

38 - ANO

39 - ANO

40 - ANO

41 - ANO

42 - ANO

43 - ANO

44 - ANO

45 - ANO

46 - ANO

47 - ANO

48 - ANO

49 - ANO

50 - ANO

51 - ANO

52 - ANO

53 - ANO

54 - ANO

55 - ANO

56 - ANO

57 - ANO

58 - ANO

59 - ANO

60 - ANO

61 - ANO

62 - ANO

63 - ANO

64 - ANO

65 - ANO

66 - ANO

67 - ANO

68 - ANO

69 - ANO

70 - ANO

71 - ANO

72 - ANO

73 - ANO

74 - ANO

75 - ANO

76 - ANO

77 - ANO

78 - ANO

79 - ANO

80 - ANO

81 - ANO

82 - ANO

83 - ANO

84 - ANO

85 - ANO

86 - ANO

87 - ANO

88 - ANO

89 - ANO

90 - ANO

91 - ANO

92 - ANO

93 - ANO

94 - ANO

95 - ANO

96 - ANO

97 - ANO

98 - ANO

99 - ANO

00 - ANO

01 - ANO

02 - ANO

03 - ANO

04 - ANO

05 - ANO

06 - ANO

07 - ANO

08 - ANO

09 - ANO

10 - ANO

11 - ANO

12 - ANO

13 - ANO

14 - ANO

15 - ANO

16 - ANO

17 - ANO

18 - ANO

19 - ANO

20 - ANO

21 - ANO

22 - ANO

23 - ANO

24 - ANO

25 - ANO

26 - ANO

27 - ANO

28 - ANO

29 - ANO

30 - ANO

31 - ANO

32 - ANO

33 - ANO

34 - ANO

35 - ANO

36 - ANO

37 - ANO

38 - ANO

39 - ANO

40 - ANO

41 - ANO

42 - ANO

43 - ANO

44 - ANO

45 - ANO

46 - ANO

47 - ANO

48 - ANO

49 - ANO

50 - ANO

51 - ANO

52 - ANO

53 - ANO

54 - ANO

55 - ANO

56 - ANO

57 - ANO

58 - ANO

59 - ANO

60 - ANO

61 - ANO

62 - ANO

63 - ANO

64 - ANO

65 - ANO

66 - ANO

67 - ANO

68 - ANO

69 - ANO

70 - ANO

71 - ANO

72 - ANO

73 - ANO

74 - ANO

75 - ANO

76 - ANO

77 - ANO

78 - ANO

79 - ANO

80 - ANO

81 - ANO

82 - ANO

83 - ANO

84 - ANO

85 - ANO

86 - ANO

87 - ANO

88 - ANO

89 - ANO

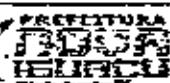
90 - ANO

91 - ANO

NovaSaude

HOSPITAL GERAL

Hospital Geral de Nova Iguaçu



RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

<i>Cor. los Alvaro Bozzo</i>		SEG. () PRONTUÁRIO N°: <i>419014</i>	MATRÍCULA N°:
HOSPITAL: <i>HGN</i>	D.R.P. () CLÍNICA: <i>SOT</i>	DIAGNÓSTICO-CÓDIGO:	
TRATAMENTO OU OPERAÇÃO REALIZADA: <i>Trocar ponto de suture da ferida</i>			
ACHADO CIRÚRGICO: <i>Disparcos sí-físs pélvico de 1,4 cm</i>			
INTERNADO EM <i>16/01/18</i>	OPERADO EM <i>17/1</i>	ALTA EM: <i>16/01/18</i>	
NECESSITA COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL: () SIM () NÃO			
VOLTAR AO POSTO DE ORIGEM EM <i>11</i> - 2 semanas			
OBSERVAÇÃO: <i>Dr. Arthur (sua)</i>			
DATA <i>11</i>		ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE <i>Dr. Arthur (sua)</i> 16 JAN. 2018	

OBSERVAÇÃO: CARO PACIENTE, SUA REVISÃO SERÁ POR ORDEM DE CHEGADA. TODOS SERÃO ATENDIDOS DE FORMA IGUAL. A SUA CONSULTA DE RETORNO TEM QUE SER AGENDADA PARA O CONTROLE DO HOSPITAL.

HOSPITAL GERAL DE
NOVA IGUAÇU
Nome: *Cor. los Alvaro Bozzo*

RECEITUÁRIO:

USO ORAL:

1. MAXSULP 400 MG

TOMAR 1 COMPRIMIDO 12X12 HORAS POR 6 DIAS

2. LISADOR

TOMAR 1 COMPRIMIDO 8X8 HORAS EM CASO DE DOR

3. CEFALEXINA 500 MG

TOMAR 1 COMPRIMIDO 6X6 HORAS POR 7 DIAS

CUIDADOS PÓS OPERATÓRIOS:

1. NÃO PISAR
2. FAZER CURATIVO TODO DIA ATÉ A REVISÃO
3. NÃO INGERIR BEBIDAS ALCOÓLICAS
4. MANTER ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA
5. MANTER O MEMBRO ELEVADO PARA EVITAR INCHAM
6. AGENDAR REVISÃO

SOT
SISTEMA DE
GESTÃO DA
QUALIDADE
INTEGRAL



Sindicato dos Trabalhadores em Transportes Rodoviários de Nova Iguaçu
Com base em Nova Iguaçu, São João de Meriti, Niterói, Bedford Roxo,
Paracambi, Miguel Pereira, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes,
Rio das Flores, Vassouras, Paty do Alferes, Itaguaí e Mangaratiba.
SEDE ADMINISTRATIVA: RUA ANTONIO RABELO GUIMARÃES, 329 - CENTRO - NOVA IGUAÇU - RJ
TEL: 2767-4387 - 2767-4973

RECEITÁRIO

Name:

Diretor(a) Presidente

Presidente da Diretoria
Secretário Geral

Assessoria de Imprensa
Sindicalista

N
2012

Trazer o recibo assinado nas próximas consultas.



Sindicato dos Trabalhadores em Transportes Rodoviários de Nova Iguaçu

Com base em Nova Iguaçu, São João de Meriti, Nilópolis, Belford Roxo, Paracambi, Miguel Pereira, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Rio das Flores, Vassouras, Paty de Minas, Itaguaí e Mangaratiba.
SEDE ADMINISTRATIVA: RUA ANTÔNIO RABELO GOMARÃES, 329 - CENTRO - NOVA IGUAÇU - RJ
TEL: 2787-5537 - 2787-4571

RECEITUÁRIO

- 3 -

1. *Cloudy with a Chance of Meatballs* by Judi Barrett

३०८

Toward a Research Agenda for Sustainable Construction



Sindicato dos Trabalhadores em Transportes Rodoviários de Nova Iguaçu
Com base em Nova Iguaçu, São João de Meriti, Nilópolis, Belford Roxo,
Petracantá, Miguel Pereira, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes,
Rio das Flores, Vassouras, Paty do Alferes, Itaguaí e Mangaratiba.
SEDE ADMINISTRATIVA: RUA ANTONIO RABBO GOMARATES, 329 - CENTRO - NOVA IGUAÇU - RJ
TEL.: 2767-4987 - 2767-4973

RECEITUÁRIO

Nome: Lúcio Moraes

Av. Carlos Amorim Barboza, 54 anos.
Motorista vítima de sequestro anteceden
tado bando com aberto os fios de barro.
O motorista encarcerado foi tratado com
consciência, porém com processos milhares
de fios de ferro e fiação elétrica fundados
no trânsito com paciente.
Agora só tem condições de viver
já com aperturas na testa e dor

A.D.: 333-1
m 25.5

21/09/2018

Transer o receituário na proibida forma.

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS
HGNI



DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

DOC: 415/2018

CERTIFICO A PEDIDO QUE O(A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO(A) FOI ATENDIDO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR CONFORME TRANSCRIÇÃO DE DADOS DO DOCUMENTO MÉDICO ARQUIVADO NESTE DEPARTAMENTO.

NOME: Carlos Antunes Barbosa
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: 134577683
ENDERECO : R Diva, 81 - Roxilândia / Nova Iguaçu - RJ

CLÍNICA DE ATENDIMENTO: Ortopedia
FONTE DE INFORMAÇÃO: Prontuário: 419.014 BAM: 4408 em 15/01/18 às 18:28h
DATA DA INTERNAÇÃO: 16/01/18 às 00:25h ALTA: 16/01/18

DIAGNÓSTICO: Disjunção da sínfise pubiana CID S 33.4

PROCEDIMENTOS: Avaliação e Conduta pela Ortopedia

NOVA IGUAÇU, 23 de março de 2018

Dr. Thales Carian Martins de Mattos
MAT. 24/506.713 - 7
COORDENADOR DO DIM

Thales Carian Martins de Mattos
2018
24/506.713-7

RUBRICA E MATRÍCULA DO SERVIDOR QUE EMITIU A DECLARAÇÃO

ESTE HOSPITAL É PÚBLICO E OS SERVIÇOS PRESTADOS SÃO INTEIRAMENTE GRATUITOS



Clínica iMed Diagnóstico por Imagem LTDA
Av. José Mariano dos Prazeres 961
Belford Roxo, Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 21-2732-0222 / 3791-8444
<http://www.imedrj.com.br>
E-mail: contato@imedrj.com.br

Nome: CARLOS ANTUNES BARBOSA

Nascimento: 06/03/1965

Médico Solicitante: DR FABIO DE MATOS F. MIRANDA

RESONÂNCIA MAGNÉTICA DA BEXCA

Técnico:

Sequências multiplanas ponderadas em T1 e STIR.

Análise:

Alterações degenerativas e leve dissecção da sinfise pubiana, com hipersinal em STIR / presença de líquido na respectiva fenda (cleft phimosis).
Ligeira edema na borda distal das rãmas pubianas.
Tendões adtores longos e breves espessados e com sinal heterogêneo, com intensidade das mesmas podendo ser plásticas, sugerindo sequela de rotura / estiramento.

Restante da estrutura desseja com intensidade de sinal normal.

Ausência de dentes anteriores concomitante.

Grupos musculares e demais tendões visualizadas com morfologia e intensidade de sinal normais.

Não há evidências de líquido significativo nas buras estudadas.

Testículo adiposo sem anomalias.

Obs: Este é um exame complementar. A constatação clínica e a necessária terapêutica devem ser realizados pelo médico assistente.

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2013

卷之三

卷之三

SABECHE FISIOTERAPÉUTICO

A friend last week sent me
a copy of his: 174-377.695 -
Aft. 777.717.223 15 Oct 1910
and very nice it is indeed for its
separate col. David's hand is pretty
open and frank and I am sure
it is perfect for it is
one of the few collections I have
seen that seems to go to
nothing but the
concrete and iron work
and records of sections and drawings



Carlos Andrade Barbosa

Afeite que paciente possa dormir e curar-se com resultados inferiores que os de lesões de nível profundo. RUM: classificação de Gross, embora grave positivo. Sinal de bastonete por tempo indeterminado

CIO: 533.4

U25.5

04/10/19 /

[Handwritten signature]

Dr. Thalisson de Sousa Costa
Cirurgião-Dentista - Odontólogo
CRM RJ 5001 / CRD TA 1002 / CRF RJ 3000
WhatsApp: 21 97110-0000 | E-mail: drthalissoncosta@gmail.com |