

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:  
2764930320200702175654

Processo 0815675-26.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

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

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

500 por pág.

1



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

PROCESSO: 08156752620208230010

**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 **MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**, 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 **16/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/08/2018**.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 23/08/2018 após 4 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/04/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

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

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

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

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

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

### **DA 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, CPC<sup>3</sup>.

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**

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

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

---

<sup>3</sup>“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)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 16/04/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

BANCO DO BRASIL

#### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010021358-8

---

---

Nr. da Autenticação EB0DC298028AABAE

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 parciais<sup>4</sup>.

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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

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

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

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

<sup>4</sup>RECURSO 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.

<sup>5</sup>**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.”

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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, 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 Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

---

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>**art. 1º. (...)**

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



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 24 de junho de 2020.

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

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

### TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais 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 **MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08156752620208230010.

Rio de Janeiro, 24 de junho 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.  
(CONFORME LAUDO MÉDICO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 1. 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

---

**Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190283061**

**Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

**Data do Acidente: 16/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283061**

**Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

**Data do Acidente: 16/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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](http://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, 17 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283061**                      **Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

**Data do Acidente: 16/04/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 01177/01178 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14327528



**Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190283061**

**Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

**Data do Acidente: 16/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

**Recebedor: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000004263-3**

**Conta: 000010021358-8**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

112.509.842-20

Maria das Dores S.M. Neves

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

Nome completo:

Maria das Dores Soares de Macedo Neves

CPF:

112.509.842-20

Profissão:

Professora

Endereço:

R. Daniel Zamballo

Número:

148

Complemento:

Bairro:

Li Zelandade

Cidade:

Boa Vista

Estado:

PE

CEP:

69.309.012

E-mail:

(95) 9154-6697

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

42633

CONTA:

21358

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 de 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçada ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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 295 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data:

Boa Vista, 09/10/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria das Dores S.M. Neves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Simão Araújo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SABEMI - REC. EM 17 ABR 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033668/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2018 09:27 Data/Hora Fim: 23/08/2018 09:45  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 23/08/2018  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 16/04/2018 20:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. Bandeirantes

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 13/04/1957

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Cantidia Soares de Macedo

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: rua david ramalho  
Bairro: liberdade  
Telefone: (95) 88138-4539 (Celular)

Nº: 148

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAO2091	Número do Chassi *****91240
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor Prata
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jorge Fernando Pava Figueiredo  
Data de Impressão: 23/08/2018 09:45  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

SABEMI - REC. EM 17 ABR 2019



## BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 033668/2018

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria das Dores Soares de Macedo Neves	Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, aguardava a abertura do sinal de trânsito do cruzamento da Av. dos Bandeirantes com a Rua Manoel Felipe e quando o sinal abriu ao efetuar a manobra para a Rua Manoel Felipe em direção ao bairro Asa Branca uma outra motocicleta que vinha logo atrás colidiu na traseira da motocicleta da comunicante. Tal colisão fez com que a comunicante perdesse o controle e caísse na via. Com a queda a comunicante sofreu diversas escoriações pelo corpo, tendo inclusive lesionado o joelho direito. Após a colisão o condutor da motocicleta (desconhecida) causadora do acidente, se evadiu do local sem prestar socorro. A polícia militar NÃO COMPARECEU ao local do acidente. A equipe do RESGATE compareceu ao local e encaminhou a vítima ao HGR para as providências cabíveis. Este B.O. é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

## ASSINATURAS

  
Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Responsável pelo Assessoramento  
7 de Abr. 2018

  
Maria das Dores Soares de Macedo Neves  
(Mãe / Comunicante)

  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR  
MAT 42.000.787

"Declaro sob as penas da Lei de que esta é uma cópia verdadeira e fiel das informações acima assentadas e de que sou responsável civil e criminalmente pela presente declaração que coligi, conforme previsto nos artigos 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 232



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

112.509.842-20

Maria das Dores S.M. Neves

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

Nome completo:

Maria das Dores Soares de Macedo Neves

CPF:

112.509.842-20

Profissão:

Professora

Endereço:

R. Daniel Zamballo

Número:

148

Complemento:

Bairro:

Li Zelandade

Cidade:

Boa Vista

Estado:

PE

CEP:

69.309.012

E-mail:

(95) 9154-6697

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 42633

CONTA: 21358

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorize 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.

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 de 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçada ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

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 295 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data:

Boa Vista, 09/10/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria das Dores S.M. Neves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
COMANDO OPERACIONAL  
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR  
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



Nº de registro: 1599-18  
REGISTRO N°: 0023723  
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO  
CÓDIGO: T-05  
REG. DE REFERÊNCIA: —

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
16/04/18	R02-15	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		20h42min	20h50min	21h06min	21h11min

### 1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: Av. Manoel Felipe Nº 511 BAIRRO: Burech  
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: Sup Big Bom.  
LOCAL DA OCORRÊNCIA ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

### 2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Maria das Dores Soares de Macedo Neves R.G.: 40946-SSPRR  
D.N.: 13/04/57 IDADE: 61 SEXO: ☐ Masculino ☒ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☐ NÃO  
ENDEREÇO: R David Romalho Nº 148 BAIRRO: Liberdade  
CIDADE: Boa Vista Telefone: 99133-8835

### 3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.  
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.  
Assinatura do paciente/vítima: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_

### 4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage à dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal à dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal à dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

### 5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanhada <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal à dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal à dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	____ Pontos

### 6. SINAIS VITAIS

PA: — FR: — FC: — SpO2: — Temperatura: —

### 7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):  
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:

### 8. CASOS CLÍNICOS

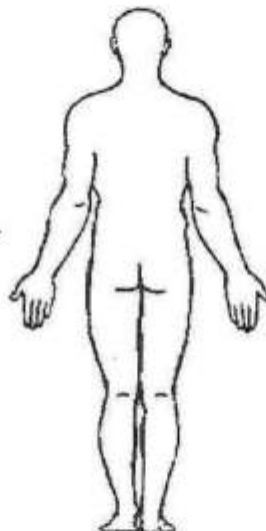
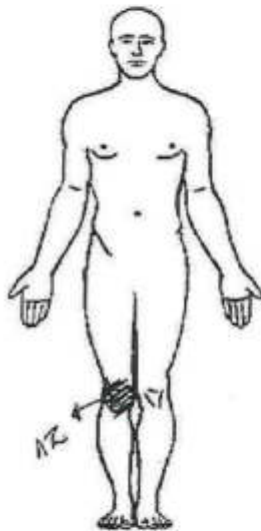
<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva <input type="checkbox"/> Emerg. respiratória <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Choque anafilático <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Desmaio/síncope <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital <input type="checkbox"/> Outros: _____
--	---	---	--



### 9. ORIGEM DO TRAUMA

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa         | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química   | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento     |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo                  | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca      | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica   | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação       |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado           | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo     | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal             |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura          | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento             | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física                 | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput.   | <input type="checkbox"/> OVACE                  | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual                 | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento      | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento   | <input type="checkbox"/> Outros:                   |

### 10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras



### 11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima de acidente de moto, encontrava-se em DM, LOTE e sem capacete, que de acordo com a vítima foi atingido por terceiros. Apresentava escoriações na pele. Duas ameixas vitais estáveis. Conduzida ao PS Francisco Elesbão para avaliação médica. Entregue estável.

### 12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- |   |   |     |                                   |                                  |
|---|---|-----|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> CNH                    | <input type="checkbox"/> Cheque           | Fis | <input type="checkbox"/> Calçado  |                                  |
| <input type="checkbox"/> CPF                    | <input type="checkbox"/> Dinheiro         | RS  | <input type="checkbox"/> Óculos   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor      | <input type="checkbox"/> Jóias            |     | <input type="checkbox"/> Relógio  |                                  |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

### 13. UNIDADE DE SAÚDE

- |  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio                 | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton Rocha                 | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré |                                 |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva         | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed                                   |                                 |

### 14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- ☐ Crítico      ☐ Instável      ☒ Estável

### 15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista (s):	Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
Sgt Tavares	Sd Brenna Xavier	Sd Bonfim	Sd Brenna Xavier

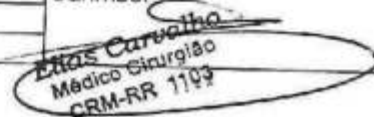
### 16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro do Conselho (CRM, COREN):

Carimbo:



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010021358-8

---

Nr. da Autenticação EB0DC298028AABAE





Para consulta com a  
Distribuidora, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

2019655-0

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Fico Soares, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 08.041.470/0001-45 - Ins. Estadual: 24.001.000-3  
Insc. Fiscal Estadual de Energia Elétrica - 07/19.5-1  
Registro Especial de Monitores autorizado pelo CENEL 2019/2

Nº da Nota Fiscal: 002545125

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEP é concedida  
pela Lei nº 10.430, de 26 de abril de 2012

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	11/04/2019	545	454,24

MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES  
R. DAVI D RAMALHO 148 LIBERDADE  
CPF: 00011250884770  
CEP: 69.309-012 - BOA VISTA

RGT: 5.001.12.07.822/00

DADOS DA LEITURA	kWh	EVAF	DATAS DA LEITURA
Atual	49130		Atual: 25/03/2019
Anterior	48585		Anterior: 22/02/2019
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura: 24/04/2019
Consumo Medido	545		Encerrado: 25/03/2019
Consumo Estimado	545	FCAI	Transferência:
			31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Logradouro	Nº do Imóvel	País	Código PIS	Multa 1% INCC
RESIDENCIAL	02	2.007.12	N	1525285	1.1.1.1.2
					802

HISTÓRICO kWh		DISTRIBUIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	kWh	CONSUMO	545 A R\$ 0,774280 = 421,95
FEV/19	458	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	32,28
JAN/19	294		
DEZ/18	577		
NOV/18	829		
OUT/18	855		
SET/18	565		
AGO/18	651		
JUL/18	578		
JUN/18	538		
MAY/18	525		
JUN-18 DE 12:01H			
12:01H - 02/01/19			

**MENSAJES IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**  
LIGUE 0800-0719170 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 17 18 21 26  
Perdendo! Até o dia 22/03/2019, não constataremos falhas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.  
SE VOCE RECEBER O BOLETA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA  
TARIFA DE ENERGIA. TACA O TACADO E O BOLETA POSSUI O NÚMERO DE  
BOLETA INFORMAR, TUDO PARA O DIA 2019 170.

RESUMO DO PAGO		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES	
CONDIÇÃO DA CONTA - R\$	187,00	Receita de Distribuição	421,95
Distribuição	227,45	Alíquota ICMS	17,00%
Energia	0,00	Valor do ICMS	71,73
Transmissão	14,79	Valor do PIS	0,76
Tratamento	70,10	Valor do COFINS	3,61

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Indicador	Valor	Unidade	Indicador	Valor	Unidade	Indicador	Valor
Índice de Continuidade	100,00	%	Índice de Continuidade	100,00	%	Índice de Continuidade	100,00

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Fm. Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual 24.007.022-9)

Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - 0896-04

Regime especial de tributação autorizado pelo MEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal

002532520

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTAGEM	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	06/04/2019	215	195,1

RUTH ALVES DA SILVA SIFRÃO

R. ESPRELA CELESTE 998 PROF. ARACELI S. MAIOR

CPF: 03072200044268

CEP: 69.315-082 BOA VISTA

ROT: 29.001.22.04.006370

DADOS DA LEITURA	KWH	AVAR	DADOS DA LEITURA
Atual:	11046		16/03/2019
Anterior:	10831		14/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		16/04/2019
Consumo Medido:	215	FCAH	15/03/2019
Consumo Faturado:	215		16/03/2019
	NORMAL		Emissão: 30
			Aprovação: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Endereço: Rua Espreela Celeste, 998, Prof. Araceli S. Maior, Boa Vista, RR - CEP: 69.315-082

Medida: 11046

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses

Medida 12 meses



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Francisco Simeão Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria das Dores S.M. News inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.509.842-20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Maria das Dores S.M. News, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.509.842-20, 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. Estrela Celeste</u>		Número <u>998</u>	Complemento
Bairro <u>Itaaci</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69315-082</u>
Email <u>franciscozela@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99154-6697</u>

Boa Vista, 09 de Abri de 2019  
Local e Data

Francisco Simeão Araújo  
Assinatura do Declarante

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Osman Rodrigues Neves,  
 RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1,  
 Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 103.314.172-00 com  
 domicílio na cidade de Bom Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Daltiel Romalho, nº 148,  
 complemento Não, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Maria das Dores de S.M.N cujo o condutor era  
Maria das Dores de S.M.N.  
 Veículo: Motocicleta  
 Modelo: Honda Biz 125 ES  
 Ano: 2015  
 Placa: LAO 2091  
 Chassi: 002704820FR591240  
 Data do Acidente: \_\_\_\_\_  
 Local e Data: Bom Vista, RR 06/06/2018



✓ Osman Rodrigues Neves  
 Assinatura do Declarante

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

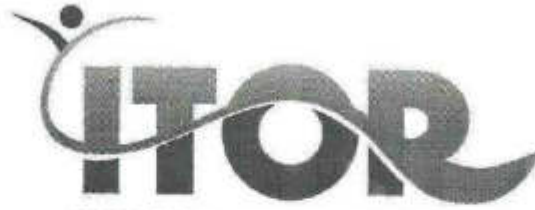
Eu, Osman Rodrigues Neves,  
RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 103314172-00 com  
domicílio na cidade de Bom Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Daltiel Romalho, nº 148,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria das Deuses de S.M.N cujo o condutor era  
Maria das Deuses de S.M.N.  
Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda Biz 125 ES  
Ano: 2015  
Placa: LAO 2091  
Chassi: GC27C4820FR591240  
Data do Acidente: 16/04/18  
Local e Data: Bom Vista, RR 06/06/2018



Osman Rodrigues Neves  
Assinatura do Declarante

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





INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

Paciente: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES  
Idade: 61 anos, 11 meses, 20 dias  
Data: terça-feira, 2 de abril de 2019

## LAUDO MÉDICO

**FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM EVOLUÇÃO DE 11 MESES. APRESENTANDO SEQUELAS IMPORTANTES EM MEMBRO AFETADO COMO DOR E LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO ASSOCIADO A EDEMA LOCAL.**

**NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES DE DESENVOLVER QUALQUER ATIVIDADE LABORATIVA QUE EXERCA CARGA NO MEMBRO AFETADO. A MESMA JÁ ESGOTOU TODAS SUAS CHANCES DE MELHORA CLÍNICA, COM MELHORA DEFINITIVA APENAS COM ADVENTO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO. A DISPOSIÇÃO,**

  
Dr. Vitor Paracat Santiago  
CRM: 1635-RR

Responsável Técnico Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR - RCE 610

Av. Nossa Senhora da Consolida - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1852/ (95) 98111-3636

Email: Admin@clinicaitor.com.br

SABEMI - REC. EM 17 ABR 2019



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

Paciente: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES  
Idade: 61 anos, 10 meses, 17 dias  
Data: sábado, 2 de março de 2019

## LAUDO MÉDICO


FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM EVOLUÇÃO DE 10 MESES.  
APRESENTANDO SEQUELAS IMPORTANTES EM MEMBRO AFETADO COMO  
DOR E LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO ASSOCIADO A EDEMA LOCAL.  
EM FISIOTERAPIA MOTORA PARA MELHORA DO QUADRO, PORÉM SEM  
MELHORA SIGNIFICATIVA.  
NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES DE DESENVOLVER QUALQUER ATIVIDADE  
LABORATIVA QUE EXERCA CARGA NO MEMBRO AFETADO.  
A DISPOSIÇÃO,

*Vitor Paracat Santiago*

Ortopedia / Traumatologia

CRM-RR 1635

RQE: 610

  
Dr. Vitor Paracat Santiago  
CRM: 1635-RR

Responsável Técnico: Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR - RQE 610

Av. Nossa Senhora da Consolida - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1652/ (95) 98111-3636

Email: Admin@clinicaitor.com.br



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

HGR



1800937307 16/04/2018 21:05:15		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 8	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES		13/04/1957	61 A 0 M 3 D	706402345562390	11250984220
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	40995	SSP/RR	03/11/2003	F	CASADO(A)
Mãe	CANTIDIA SOARES MACEDO		RACIA/COR		BOA VISTA - RR
Endereço		RUA - DAVID RAMALHO - 148 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR		Naturalidade	
				BRASILEIRA	
		Joaquim Rodrigues de Macedo		Contato	
				(95) 99136-4539	
				Ocupação	
				PROFESSOR	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	RESGATE		CASSIA ANDRADE		
Queixa Principal					
Trauma em fêmur e joelho (D)					
Anamnese de Enfermagem					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)					
Paciente relata acidente de moto. Alega uso de capacete. Neg trauma em cabeça. Relata dor em fêmur e joelho (D)					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares					
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO					
1) Diclofenaco 75 mg 2) Difenone 50 mg					
APRAZAMENTO					
OBSERVAÇÃO					
1º de 2018 19 de 2018 19 de 2018					
Condição					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Assinatura do Médico					
Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: cassia.andrade Data Hora: 16/04/2018 21:06:47					
1000937307 1000937307					



Exatômetro

Exatômetro utilizado no diagnóstico e tratamento de lesões articulares com o auxílio de um plano de referência. Para isso, o paciente é posicionado de modo que a lesão seja avaliada em relação ao plano horizontal. O exatômetro é utilizado para medir o ângulo de inclinação da lesão em relação ao plano horizontal. A medição é realizada através da leitura do ângulo no exatômetro.

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR



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

**1412042244**

**FRANCISCO SIMÃO ARAÚJO**

**185491 SSP RR**

**721.339.422-94** DATA NASCIMENTO: **20/10/1982**

**FRANCISCO DE ASSIS**  
**CRANER**  
**VLADIMIR SIMÃO DA SILVA**

**01/06/1982** **02/03/2018** **08/08/2001**

**1412042244**

**17457669843**  
**00309748840**

**RORAIMA**

SABEMI SEGURADORA S/A

12 SET. 2018

RECEBIDO





**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:	3190283061
Nome do(a) Examinado(a):	MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA DAVID RAMALHO 148 LIBERDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	112.509.842-20
Data e local do acidente:	16/04/2018 BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 23/05/2019

**Resultado da Avaliação Médica**

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

ATENDIMENTO NO PS FRANCISCO ELESBÃO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, CONFORME FICHA 1800937307 COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO. APO AVALIAÇÃO MEDICA, FOI DADO ALTA. DEVIDO AGRAVAMENTO DO QUADRO, PROCUROU ATENDIMENTO PARTICULAR, UMA VEZ QUE ATENDIMENTO PUBLICO ENCONTRAVA-SE (E ATE HOJE ENCONTRA-SE) EM CRISE, SENDO CONSTATADO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO, NÃO HAVENDO MAS CONDIÇÕES DE REPARAÇÃO NAQUELE MOMENTO.

**II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

ALTA MEDICA SEM ORIENTAÇÃO OU OUTROS PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS NO PS. PERICIANDO PROCUROU POR MEIOS PRÓPRIOS SERVIÇO ORTOPÉDICO PARTICULAR APOS CERCA DE 10 MESES UMA VEZ QUE SERVIÇO PÚBLICO ENCONTRA-SE EM CRISE. O ORTOPEDISTA INFORMOU NÃO SER MAIS POSSÍVEL INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA RECUPERAÇÃO DA LESÃO NAQUELE MOMENTO.

**III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

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

( X ) SIM ( ) NÃO

**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.**

DANOS SEGMENTAR PARCIAL INCOMPLETO GRAVE DE JOELHO DIREITO.

**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):** JOELHO DIREITO

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

**Região Corporal (Sequela):**

% 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):**

% 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.**

SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA EM CRISE, AGRAVADO DEVIDO GRANDE CONTINGENTE DE VENEZUELANOS REFUGIADOS EM RORAIMA.



**Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)**

**Carimbo com nome e CRM**

**FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - Registro no CRM: 365 - RR**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

## 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.  
(CONFORME LAUDO MÉDICO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ PÁG 1. 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75