

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:
2781923020200721091146

Processo 0800583-45.2020.8.23.0030 ☆ - (17 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):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR

PROCESSO: 08005834520208230030

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 **DENNER SOUZA DUARTE**, 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 **28/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 17/03/2020.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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 **28/09/2018**. 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).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

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

⁸art. 1º. (...)

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MUCAJAI, 14 de julho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 **DENNER SOUZA DUARTE**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MUCAJAI**, nos autos do Processo nº 08005834520208230030.

Rio de Janeiro, 14 de julho 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

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	025.873.582-33	DENNER SOUZA DUARTE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO		
Profissão:	Endereço:	CPF: 321.803.442-53
RECUSOU	AV: MANOEL FELIPE	Número: 1467
Bairro: ASA BRANCA	Cidade: BOA VISTA	CEP: 69.308-370
E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM	Estado: RR	Tel.(DDD): 93/99158-4307

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\$3.000,00	☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: 7370 CONTA: 0038946 4
(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 e 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 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, § 2º, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

14 NOV 2018

RECEBIDO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO (Mucajaí) EQUIPE: Jairo Thiago
Paciente: Denner Souza Duarte 23 anos Sexo: ☒ M ☐ F
Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia:
Endereço: BR 174 128 Telefone:
Ponto de Referência:

Nº da Ocorrência: 1243 Data: 22/05/18 Hora do Acionamento: 08:31
Médico(a) Regulador(a): Alyson Hora Cegada no Local: 08:35
MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio Outros:

CHAMADA

MECANISMOS DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☒ Colisão X <u>parte</u> ☒ Motorista ☐ Passageiro dianteiro ☐ Passageiro traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Sim ☒ Não ☒ Vítm. projetada ☐ Colisão X ☐ Motorista MOTO / BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto: ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☒ Condutor ☐ Queda de bicicleta ☐ Passageiro	☐ Agressão física ☐ Espionamento ☐ FAF ☐ FAF ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Violência doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de trabalho ☐ Local ☐ Trânsito ☐ Queda altura aprox.: ☐ Acidente doméstico ☐ Queimadura agente ☐ Agressão por animal ☒ Outros <u>1704 m</u>
AVALIAÇÃO INICIAL			
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
☐ Apnéia ☐ Braconéia ☐ Dispneia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Respiração Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Ferida aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. ausente ☐ M.V. diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVON ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso do acidente)

SINAIS VITAIS E ESCORES

Idade	HR	PA mmHg	FC bpm	FR l/min	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. Visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
		120/74	91 bpm	22	97%				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TORAX	ABDOMEN
☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Palida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca PELVE ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração COLUNA DORSAL ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Contusões ☒ Escoriações ☒ Lacerações ☐ Luxações	☐ Desvio de traqueia ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações ☐ Contusões ☒ Escoriações ☒ Lacerações ☐ Luxações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Torax instável MEMBROS ☒ Fratura? <u>MS.D</u> ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avulsão	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evasceração ☐ Respiração Ruidosa

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assintomática	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC	☐ Medicamentos em uso:	☐ OBITO ☐ INDETERMINADA

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ OBITO ☐ INDETERMINADA	
DESFECHO DO CHAMADO	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Não	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiros ☐ DETRAN

RCP	
☐ Iniciada às: _____ ☐ Terminada às: _____	☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ RCP não realizado OBS:

DESTINO	
☐ Atendimento no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR ☒ Grande Trauma - GT ☐ Hospital Central - HCT ☐ Hospital de Referência - HCR	☐ Policlínica Coarati - PCCS ☐ Hospital Santo Antônio - HSA ☐ HM NSN ☐ Hospital das Clínicas - HCR / RR ☐ Hospital Lota Iris - HLI ☒ Hospital José Guedes Catão

SABEMI SEGURADORA S/A
14 NOV 2018

RECEBIDO

Manoel
CRM 10111
Médico
Médico
CRM RR 1613

PESSOAS
(PACIENTE)

Descrição

Nome do Receptor

Função do Receptor

Assinatura do Receptor

TERMO DE
RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento Médico disponibilizado pelo SAMU / MUGAJA - RR, nessa oportunidade

Assinatura do Paciente

RG

SABEMI SEGURADORA S/A

MATERIAL E MEDICAÇÃO

14 NOV 2018

RECEBIDO

GESTANTE

IG a/ semana

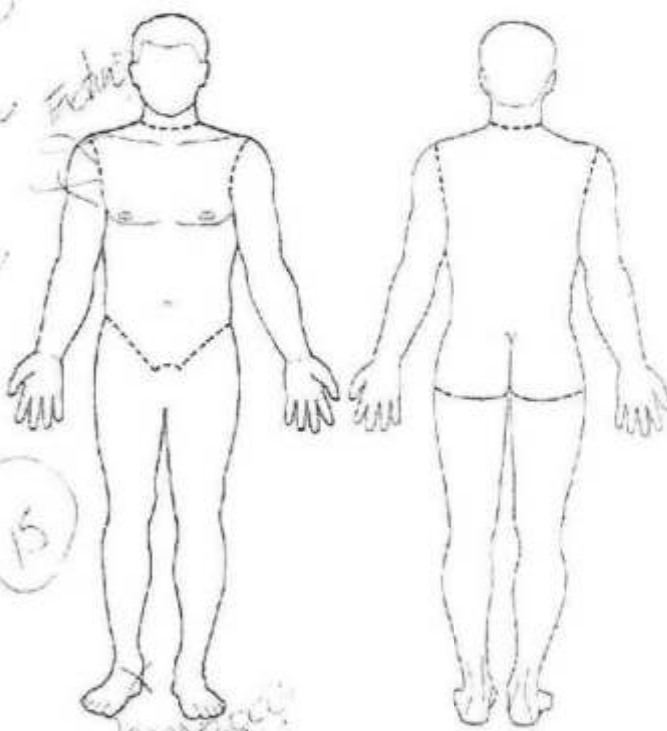
Movimentos fetais

Perda de líquido

BCF

☐ Com cântaro ☐ Sem cântaro

1	Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirado)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticado)	3 pontos
		Extensão (despercebida)	2 pontos
		Sem resposta (fácida)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incomprensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

politraumatizado / Acidente de trânsito

[Signature]
Médico
CRM-994



COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DE RORAIMA
RUA MELVIM JONES - NUMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610
CNPJ: 05.919.467/0001-25 - INSC. ESTADUAL Nº 24096114-4
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08002809520

EXTRATO DE DÉBITO DO IMÓVEL

ESCRITÓRIO
MUCAJAI

INSCRIÇÃO		NOME DO USUÁRIO CPF/CNPJ: 241.782.502-30				MATRÍCULA			
003.002.205.0620.000		DILSON RODRIGUES DUARTE				404616			
ENDEREÇO DO IMÓVEL		AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 5125 - CENTRO MUCAJAI RR 69340-000				2503363			
SA	SE	ECONOMIAS	RES.	COM.	IND.	PÚB.	TIPO DE CONS.	DATA EMISSÃO	NÃO RECEBER APÓS
3	1		001				NORMAL	03/05/2018	20/05/2018
MÊS/ANO		VENCIMENTO		VALOR		MÊS/ANO		VENCIMENTO	
04/2018		20/05/2018		23,83					

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

DÉBITO ORIGINAL	23,83
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	23,83

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTES DOCUMENTOS. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E À COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: ANA PAULA CLAUDIA DE OLIVEIRA



INSCRIÇÃO	003.002.205.0620.000	NÃO RECEBER APÓS	20/05/2018	MATRÍCULA	404616	N. SEQUENCIAL	2503363
VALOR A PAGAR						23,83	

82600000000-8 23830004003-3 00040461600-5 25033631415-9

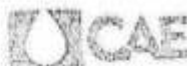


VIA CAER

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

14 NOV 2018

RECEBIDO



COMPANHIA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA DE SÃO PAULO
SABEMI SEGURADORA S/A - C.A.S. - C.A.S. 0903 203 9520

Matrícula:

1041355

Setembro/2018

Dados do Cliente:

RODRIGO SERRÃO NUNES

Endereço para entrega:

RUA MANOEL FELIPE, N.º 1467 - 4 - 894
BOA VISTA RR 53395-196

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

001.012.102.0281.004

7

3436

RESIDENCIAL

Hidrometro

Data de instalação

Situação Água

Situação Esgoto

Y11B007107

22/01/2015

LIGADO

FACTIVEL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 102

102

0

32

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/08/2018 13/09/2018

ULTIMOS CONSUMOS

201809 1-0
201807 10-0
201806 1-0
201805 5-0
201804 3-3
201803 4-0

MEDIA 4

DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

0 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018
JUROS DE MORA 06/2018

0,49
0,24

IMPRESSO EM: 11/09/2018 08:43:01

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/10/2018

24,56

AVISO: EM 31/08/2018 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente



MTR. CULA

REFERENCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

1041355

09/2018

15/10/2018

24,56

82690000000-9 24560004001-9 00104135501-5 09201810003-9



Via do CAE



COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DE RORAIMA
RUA MELVIM JONES - NUMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610
CNPJ: 05.939.467/0001-15 - ISMC ESTADUAL Nº 24006114-4
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08002809520

EXTRATO DE DÉBITO DO IMÓVEL

ESCRITÓRIO
MUCAJAI

INSCRIÇÃO		NOME DO USUÁRIO		CPF/CNPJ: 241.782.502-30		MATRÍCULA	
003.002.205.0620.000		DILSON RODRIGUES DUARTE				404616	
ENDEREÇO DO IMÓVEL							
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 5125 - CENTRO MUCAJAI RR 69340-000						2503363	
SA	SE	ECONOMIAS	RES.	COM.	IND.	PÚBL.	TIPO DE CONS.
3	1		001				NORMAL
DATA EMISSÃO		NÃO RECEBER APÓS					
03/05/2018		20/05/2018					
MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR		
04/2018	20/05/2018	23,83					

SABEMI SEGURADORA S/A

27 NOV 2018

RECEBIDO

DÉBITO ORIGINAL	23,83
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	23,83

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTES DOCUMENTOS. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E A COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: ANA PAULA CLAUDIA DE OLIVEIRA



INSCRIÇÃO	NÃO RECEBER APÓS	MATRÍCULA	N. SEQUENCIAL
003.002.205.0620.000	20/05/2018	404616	2503363

VALOR A PAGAR 23,83

82600000000-8 23830004003-3 00040461600-5 25033631415-9



VIA CAER

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	025.873.582-33	DENNER SOUZA DUARTE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO		
Profissão:	Endereço:	CPF: 321.803.442-53
RECUSOU	AV: MANOEL FELIPE	Número: 1467
Bairro: ASA BRANCA	Cidade: BOA VISTA	CEP: 69.308-170
E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM	Estado: RR	Tel.(DDD): 93/99158-4307

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\$3.000,00	☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BRADESCO	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 7370	CONTA: 0038946 4
(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 e 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 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, § 2º, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

14 NOV 2018

RECEBIDO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PACIENTE		CNS 896004213411151		DATA NASCIMENTO		DATA DOCUMENTO	
DENNER SOUZA DUARTE				22/05/1994		23a Identid 3738299	
TELEFONE	SEXO	NATURALIDADE		1 ☒ SOLTEIRO	2 ☐ CASADO	3 ☐ VIUVO	4 ☐ CLTUBO
97196809		BOA VISTA					
PAI		MÃE					
DILSON RODRIGUES DUARTE		IVANEIDE SALES DE SOUZA					
ENDEREÇO		BAIRRO		CIDADE		U.F.	
BR 174, 128		SAO JORGE		MUCAJAI		RR	
EMERGENCIA 1	1 ☐ JULHO	2 ☐ FEVEREIRO	3 ☐ TRAVESSIA	12 ☐ ENTRES			
MOTIVO DO ATENDIMENTO				DATA DO ATENDIMENTO		HOR#	
				22/01/2018		09:16	
SACX - EXAMES COMPLEMENTARES							
1 ☐ RAIO X	2 ☐ ULTRASSOM	3 ☐ TOMOGRAFIA	4 ☐ SANGRE	5 ☐ URINA	6 ☐ ECG	7 ☐ OUTROS	

CONCLUÍDO P/ ESTA UNIDADE
PELO SNAIV: 10 DE SET. DE 2010

DATA/HORA CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

SABEMI SEGURODORA S/A	
14_NOV_2018	
RECEBIDO	

Assinatura e Carimbo do Médico

DATA

HORA

Assinatura e Carimbo do Médico

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM
1. Rx antiép/ Rx anti D/ Rx pe D/ 2. Tenoxicam 40mg (B) - 0,20 3. Dipirona 1g (B) - 0,20 4. Enc. p/ unidade de trauma (BV).	PA: 130x80 SPO2: 99%.

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 240) ☐

PARA BRITO ☐

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

DESTINO DO CORPO ☐ ENTREGUE A FAMILIA ☐ ☐ M L ☐ S ☐

DATA DE REGISTRO: 84.013.440/0001-73

História Est.: Ver. José Guedes Catão

Guia 18002070 registrada por ERIDIANA

CA-AMERICA

84,013,440/0001-73

Hospital Est.: Ver. José Guedes Catão

Rua Marlene Araújo S/N
340-000

Rua Marlene 1234
CEP 69 340-000
ASS. FAC. ENTE. DE RESPOSTA RR

Mucajai

CONFERE COM ORIGINAL

17300000-173000

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



1800897656 22/01/2018 10:53:21 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: DENNER SOUZA DUARTE Data Nascimento: 22/05/1994 Idade: 23 A 8 M 0 D CNS: 898004213411151 CPF: 162070191814

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: Naturalidade: MUCAJAI - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: IVONEIDE SALES DE SOUZA Pai: DILSON DUARTE Contato: (95) 99119-6309

Endereço: AVENIDA - NOSSA SENHORA DE FATIMA - 5125 - CENTRO - BOA VISTA - RR Ocupação: ESTUDANTE

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE CARRO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: PATRICIA.COLLYER

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico: Paciente vítima de acidente automobilístico (sem cinto de segurança) com ferimentos na cabeça, glóbulos no dorso do ombro (D). Traçado pela SAMU.

Hipótese Diagnóstica: Laceração em calcanhar (D)

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Dimpirone 1g (EV) Internar

2) Diltiazem 60mg (EV)

Patricia Rubelo José
CRM/R 1265 RQ 164

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☒ Transferência para: octopedio Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: patricia.collyer
Data/Hora: 22/01/2018 10:56:40

Márcio Freire
Médico
CRM/R 1613

1800897656

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Denner Sany Duarte

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

LAC Gran V

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto unipolar

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

Ammonia + G. físico + Imagem

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ins. crônica - clonada

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO*Intern*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS☐ CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*22/11/18**0308010019 - T068
V999
5431*

22/01/18

501



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

LIM

LN

PACIENTE	Denner Sampaio Duarte				
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU III V D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	23	LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h 24h 36h 48h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h 24h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				SN
6	TRAMAL 100MG+100MISF 0.9% EV OU 20gis VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

Patrick José
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1283 RQE 164

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Subs

SINAIS VITAIS	PA	FC	ax =
6 H			
12 H			
18 H	128x79	69	37°C
24 H	148x90	79	36°C
06H	130x82	77	35.8°C

Maria de Fátima da Silva
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 638901

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	DENNER SAMA DUARTE				
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU 5				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	23	LEITO		DATA	23/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h-12h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS				2h-24h
3	CIPROFLOXACINO 500MG VO OU 400MG IV 12/12H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				2h-3h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				20:36
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				2h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				2h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				2h
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				2h
10	SSVV + CCGG 8/6 H				2h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				2h
14	CURATIVO DIARIO				2h
15					2h
16					
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-				
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML				
	EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1628/RR

SINAIS VITAIS	P.R.	FC	SAX
6 H	111x70	76	36.5 C
12 H	130x77	82	36.5
18 H	113x77	96	37.1
24 H	111x85	94	36.8

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Na 20:36 paciente referido dor,
ADMINISTRADOR ITER 5 CPM

Rivanildo G. Dantas
Téc. Enfermagem
COREN-RR 928664

Obs: Realizado curativo
falta curativo



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: DENNER SOUZA DUARTE 23a

Vítima de acidente automobilístico
ejetado, TCE e/ Bossa, Glasgow 14,
lesões laceradas em coxas e D, trauma torácico,
L0TE, ocasionando amputação, expor
m v ⊕ bilotemporalmente.

AC: RCR 2+ S/ sopros ou extrusões.

MD: plomomatismo.

As HGR e/ Exame complementares

Lucas

DATA: 22, 1, 18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alvaro Fortes
Ortopedia
CRM 763



HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
Rua Marlene Araújo, s/n, Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajaí/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386

216-2

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	DENNER SAMA DUARTE						
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU 5						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	23	LEITO	216-2	DATA	24/01/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS						12-24
3	CIPROFLOXACINO 500MG VO OU 400MG IV 12/12H						SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D3						12-24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN						SN
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H						Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						SN
14	CURATIVO DIARIO						Rotina
15	Ceftriaxona 1g ev 6/6h						18-24 06-12
16							
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-						
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML						
	EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							



Paciente de emergência
em cuidados, admitido
por trauma em membro
inferior esquerdo.
inter secundário.

Dr. Marcus Bruna
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Marcus Bruna
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	Tax
6 H			
12 H	110x69	83	36.5
18 H			
24 H			

18h
PA = 114 x 86
FC = 84
T = 36.0

Dr. Marcus Bruna
CRM 1917/RR

24
PA = 120 x 86
PS 86
T = 36.8

PA 86
126 x 74
P = 86
T = 35.8



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



DATA DE ADMISSÃO		OIH		DN	22/05/18
PACIENTE	Denilson Dias Braga				
DIAGNÓSTICO	fratura de fêmur				
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM	NEGA
IDADE	43	LEITO	216-2	DATA	26/05/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

[Handwritten signatures and notes in the medical evolution section]

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS				36.4°C	
6 H	100x60	62		36.4°C	Denilson Dias Braga COREN-RR 996105.031-TE
12 H					
18 H	144x74	85		36.8	
24 H	100x70	70		36.6	Denilson Dias Braga COREN-RR 996105.031-TE



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Francisco Augusto Duarte			
DIAGNÓSTICO		DM			
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS			
5		Paracetamol 750mg vo 06/06h			
6		TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn			
7		SSVV+CCGG 6/6 horas			
8		CURATIVO DIARIO			
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

22:00hs realizado Aup gelco 17 MSE, te
medicacao
06:00 pct neurom 1tem 02 - sem queixas
regue aos unidado da Enfi tec dalt
Dra Valeria Pereira
22.05.1977-TE

Depto. Vendas Internas
CORREIO 651.077-TE

DATE: 11/11/11
COURT: 11/11/11

~~Radio C. Ed. 1990~~
~~Acid 10~~
~~CHM-20~~

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	109x61	68	-	35.2c		
12 H	106x72	89	-	36.2c		
18 H						
24 H	100x70	80		34.0c		



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																										
PACIENTE		denner souza duarte																												
DIAGNÓSTICO		lac																												
ALERGIAS	NEGA	HAS	neg	DM	NEGA																									
IDADE	23	LEITO	216.2	DATA	31/01/2018																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE																													
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS																													
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h																													
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn																													
7	SSVV+CCGG 6/6 horas																													
8	CURATIVO DIARIO																													
9	cefalotina 1 g 6/6 horas ev																													
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .																														
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>100/64</td> <td>76</td> <td>—</td> <td>35.4</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							PA	FC	FR	TEMP	6 H					12 H					18 H	100/64	76	—	35.4	24 H				
	PA	FC	FR	TEMP																										
6 H																														
12 H																														
18 H	100/64	76	—	35.4																										
24 H																														

Denner

216-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		22/05/94	
PACIENTE		Denner Luiz Duarte					
DIAGNÓSTICO		LAL					
ALERGIAS		HAS	nega	DM	nega		
IDADE		LEITO	216.2	DATA	30/01/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE				S.M.		
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				09:16:05		
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				16:24:08		
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				S.M.		
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				ROTI NA		
8	CURATIVO DIÁRIO				m		
9	Cefalosf. am 1g 6/6 hrs (ED)				12:18:24%		
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
Paciente com fratura no após de cap com D + LAL a Dor							
PA		FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	120/80	60		36°			
12 H	120/79	64		38.3°			
18 H	130x80	78		35.8°			
24 H	120/70	63		36°			


 Paulo C. Schenker Jr.
 CRM OR 1906

2

CE



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE Dimmer Souza Duarte, 23 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 22/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE 2 AC II + lesão em calcâneo

NO DIA 03/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
tratamento cirúrgico + amb. fisio SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/01/18, ÀS 20:00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 7.12.18 ÀS 8:00 COM O

DR. Emano Bruno Rodrigues Coelho
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ACTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO

BOA VISTA, 31 de 12 de 19

MÉDICO



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: DENNER SOUZA DUARTE - 23a

Vítima de Acidente automobilístico
ejetora, TCE e/ BOM, Glasgow 14,
lesões lacradas em calcâneo D, trauma torácico,
L0TE, ocinaturas amputadas, expor em
m v ⊕ bilotemporalmente.
AC: RCR 2+ S/ sopros ou extrassístoles.
MBD: planos normais.

AO HGR e/ Exames complementares

DATA: 22, 1, 18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alvaro Fortes
Dentatologia
CEP 749



HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
Rua Marlene Araújo, s/n, Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajaí/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DENNER SOUZA DUARTE
(a) no CPF sob o Nº 025.873.582 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
DENNER SOUZA DUARTE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.873.582 / 53, 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		Número	Complemento
RUA: MANOEL FELIPE		1467	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ASUBRANCA	BOA VISTA	RR	69.309-170
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
ZANZA MASULLO@HOTMAIL.COM	15198122-7634		15198122-7634

SABEMI SEGURADORA S/A

27 NOV 2018

RECEBIDO

BOA VISTA, 19 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

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

NOME
DENNER SOUZA DUARTE

DOC. EMISSOR/ÓRG. EMISSOR
3738299 SSP RJ

CPF
025.873.582-13

DATA NASCIMENTO
22/05/1994

FUNÇÃO
DILSON RODRIGUES
DUARTE
IVONIRIDE SALES DE
SOUZA

PERMISSÃO
AB

NOC
AB

CATNAB
AB

Nº REGISTRO
05756178708

VALIDADE
17/10/2017

PRORRAGAÇÃO
17/04/2013

VALOR EM R\$
905269283

VALOR EM R\$
905269283

PRORRAGAÇÃO
905269283

OBSERVAÇÕES
Exerce atv remunerada

ASSINATURA DO TITULAR
DENNER SOUZA DUARTE

LOCAL
BOA VISTA - BOMBAIA

DATA DE EMISSÃO
14/07/2014

36845064410
3R207540615

DETRAN - BOMBAIA

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

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

NOME
ROSANGELA NUNES NASULLO

DOC IDENTIDADE/OUTRO CLASSIFIC
208734 SRSP SR

CPF
321.801.442-53

DATA NASCIMENTO
01/05/1972

FUNÇÃO
GRUPO NASULLO
ROSANGELA SERRAO NUNES

PERMISSÃO
PERMISSÃO

AGE
RENOVADO

CAT. ANO
J.B.

Nº REGISTRO
06050025726

VALIDADE
22/04/2013

VALIDADE
22/04/2014

VALIDADE EM TORO
O TERNICHO NACIONAL
860356320

OBSERVAÇÕES

Rosângela Nunes Nasullo

ASSINATURA DO HABILITADO

LOCAL
BOA VISTA - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO
23/04/2014

Antônio Carlos Junior
Diretor Geral
DETRAN

01450231461
BR207247390

DETRAN - BOA VISTA

PERMISSÃO PLASTIFICAR
860356320

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180538126 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENNER SOUZA DUARTE **Data do acidente:** 22/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO (GRAU V).
TRAUMA CORTO CONTUSO DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DENNER SOUZA DUARTE
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
Profissão: Autônomo
Identidade: 3738299 SSP/ RR CPF: 025.873.582-13
Endereço: Av. Nossa Senhora de Fátima n.5125
Bairro: São Jorge Cidade: Mucajaí/RR

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

OUTORGADO:

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão:
Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53
Endereço: Av. Manoel Felipe, 1795, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a SUSEP, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima, DENNER SOUZA DUARTE.

Local e data

19.10.2018.

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Denner Souza Duarte

Tabela e Registros: Nathalia Galdino Lago da Silva
Rua Rio Grande do Norte, 23, Centro, 69340-000, Mucajaí - RR.
Fone: (067) 3542-1100 - E-mail: carimontad@outlook.com

RECONHECIMENTO
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:

(1) DENNER SOUZA DUARTE

Dou fe. Mucajaí-RR, 19 de outubro de 2018.

EMOLUMENTOS R\$ 2,38 + FUNDEJURR R\$

0,24 + FISCALIZAÇÃO R\$ 0,12 + FECOM R\$

0,12 + ISS R\$ 0,12. TOTAL R\$ 2,98.



19.10.2018
Denner Souza Duarte

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414960/18

Número do Sinistro: 3180538126

Vítima: DENNER SOUZA DUARTE

CPF: 025.873.582-13

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DENNER SOUZA DUARTE

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

Declaração Circular SUSEP 445/12

DENNER SOUZA DUARTE : 025.873.582-13

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: ELIANE FALK
CPF: 010.372.382-06

ELIANE FALK

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENNER SOUZA DUARTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07170-6

CONTA: 000000018946-4

Nr. Autenticação

BRADESCO071220180500000000023707170000000018946253125 PAGO

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: DENNER SOUZA DUARTE

Nº Sinistro: 3180538126

Vítima: DENNER SOUZA DUARTE

Data do Acidente: 22/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180538126**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13609206



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180538126

Vítima: DENNER SOUZA DUARTE

Data do Acidente: 22/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DENNER SOUZA DUARTE

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

Comprovante de residência
DUT

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13609940



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	025.873.582-33	DENNER SOUZA DUARTE
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO		
Profissão:	Endereço:	CPF: 321.803.442-53
RECUSOU	AV: MANOEL FELIPE	Número: 1467
Bairro: ASA BRANCA	Cidade: BOA VISTA	CEP: 69.308-170
E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM	Estado: RR	Tel.(DDD): 93/99158-4307

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\$3.000,00	☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: 7370 CONTA: 0038946 4
(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 e 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 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, § 2º, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Vivos: Falecidos:	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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

14 NOV 2018

(*) 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.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

RECEBIDO

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 025.873.582-53 Nome completo da vítima: DENNER SOUZA DUARTE

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

Nome completo: DENNER SOUZA DUARTE CPF: 025.873.582-53
 Profissão: RECUSOU Endereço: AV: NOSSA SENHORA DE FÁTIMA Número: 5125 Complemento: _____
 Bairro: CENTRO Cidade: MUCAJAI Estado: RR CEP: 69.340-000
 E-mail: RANZANASULLO@HOTMAIL.COM Tel (DDD): 95 99158-4307

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\$3.000,00 ☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: 7370 CONTA: 0058946 4
 (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 Médico do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar um):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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. A presente declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Denner Souza Duarte

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

(*) 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. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR - CPI
4º PEL PM/ 4ª CIPM / MUCAJAI
"AMAZÔNIA: Patrimônio dos Brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE DIGITAL - Nº 06/2018

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Tran	H/Ini	H/Ch	H/Fin
106	4ª CIPM Fron	22/01/2018	4º PEL	8h50min	8h 52min	8h 53min	9h 30min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin
1001, 1003	13023,13999	xxxxxxxxx	7312	7316

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./Rua	Bairro:	PL Ref:
BR 174 esquina com Rua Francisco Lino Nogueira	Centro	Em frente ao bar do Chiquinho

PESSOAS RELACIONADAS

01	Vítima	Nome	Denner Souza Duarte	Idade	23	E. Civil	Solteiro
Endereço	BR 174	Nº	s/n	Bairro		SABEMI SEGURADORA S/A	
RG	3738299 SSP/RR	CNH	05756178708	Profissão		Autônomo	

OBSERVAÇÕES, OBJETOS, ARMAS APREENDIDAS.

14 NOV 2018

Recebi conduzindo (s) material (ais) acima anotados:

ASSINATURA

CARGO

AGENTE POLICIAL

RECEBIDO

LOCAL

MUCAJAI

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Sr. Delegado de policia civil de Mucajai, fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal e danos materiais, nos deslocamos até o local e constatamos a veracidade dos fatos, ao chegarmos no local a vítima supracitada já estava sendo socorrida por populares e o corpo de bombeiros de Caracarái, a vítima nos informou que conduzia um veículo FIAT/STRADA de cor cinza e placas NAZ 4967, que vinha sentido Boa Vista/Mucajai quando um veículo Saveiro de cor preta modelo novo (não soube informar a placa) que encontrava-se no acostamento da BR 174 e saiu sem observar se vinha algum veículo atrás, a vítima disse também que pra não colidir com o veículo saveiro puxou a direção de sua pick-up perdendo o controle da direção e bateu de frente seu veículo contra um poste de energia em frente ao "Bar do Chiquinho" sendo arremessado para fora do veículo. Informo-vos ainda que foi acionado o SAMU para os primeiros socorros que conduziram a vítima ao hospital de Mucajai e posteriormente o item 01 foi conduzido para Boa Vista permanecendo em observação. Não foi possível acionar a pericia por motivo do local ter sido violado por populares e devido a rede de energia causar risco de morte à vítima.

Era o que tínhamos a relatar.

Assinatura	Nº	Posto//Grad.	SUOp
RODOLFO PEREIRA REBOUCAS	47000471	2º SGT PM	4º PEL/ 4ª CIPMFRON