

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:
2805223020200810174231

Processo 0818390-41.2020.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito

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

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08183904120208230010

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 **ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/04/2016**.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218,   4  do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-f , 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 d vidas 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 -  NUS 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. 5    5  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.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...]   4  - 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;

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/06/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000000009758-6

Nr. da Autenticação 678AF5AADD4DC6F0

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.

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.”

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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.

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

⁷art. 1º. (...)

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 7 de agosto de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08183904120208230010.

Rio de Janeiro, 7 de agosto 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: 3200202892 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rosana Souza de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Professora RG: 229.126
CPF: 987.391.752-04 ENDEREÇO: Av: Carlos Pereira de Melo
BAIRRO: Cambu CIDADE: Bom Vista
CEP: 69.312-212

VÍTIMA: _____
CPF: _____ DATA DO SINISTRO: 25/02/19
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: Tônia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Bom Vista, 13 de março de 2019

Rosana Souza de Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Bom Vista - RR

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Bom Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alvaro Teixeira, 480F - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (68) 3627-4126
Oficio@boavista2cartorioaquino.com.br

93585.5c801b23f68c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA"

Em testemunho da verdade, SSP
De que sou T. Bom Vista/RR, 16 de março de 2019.
Consulte o(s) valor(s) abaixo em cidades.portalsterr.com.br
RECPIR166296NCPW77A96TOLE193 /

Emolumentos: R\$ 3.95 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 4.50

93-585
Lidiane Silva Lopes
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0157697/20

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

CPF: 987.391.742-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA : 987.391.742-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190560404 Data da solicitação: 25/09/19
Nome do beneficiário: Rosana Souza de Oliveira CPF do beneficiário: 987.391.742-04
Nome do solicitante: Jânia Helen Tracalossi de Melo CPF do solicitante: 421.026.772-49

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 99139-8405 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros: _____

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O processo foi negado porque a vítima
estava em tratamento
O tratamento já acabou.

Bom Vista, 01/06/2020
Local e Data

Rosana Souza de Oliveira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0157697/20

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

CPF: 987.391.742-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA : 987.391.742-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200202892 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

R R

1747870879

TANIA SELENA FRACALOSSE DE MELO

DOC. IDENTIFIC. (CPF, EMISSOR)
489049 452 / RJ

CPF
421.026.172-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PERM. DIR.
JUNELSON FRACALOSSE
MARIA ANNA FRACALOSSE

PERMISSAO
ACC

CAT. DIR.
AB

Nº REGISTRO
02798991920

VALIDADE
04/12/2023

P. HABILITACAO
17/02/1993

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Tania Helena S. de Melo

LOCAL
BOA VISTA, RJ

DATA DE EMISSAO
06/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN RJ

48826851446
RJ209948647

RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2011

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RJ



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso João Bezerra, 444 - Boa Vista - RJ

F

Mto. 27.02.19

ISSUE

SISTEMA DE
UNIDADE DO
SAÚDE

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1995

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO LAUDO SOLICITANTE

2 - NOME DO FÁRMACIO/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DO NASCIMENTO

5 - NÚMERO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

6 - NOME DO PAI/MÃE DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO COMPLETO DO LAUDANTE

8 - MUNICÍPIO DO LAUDANTE

9 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

11 - HISTÓRICO DA DOENÇA

12 - CONDIÇÃO DE SAÚDE ANTES DA INTERNAÇÃO

13 - SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS EXAMES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DAS EXAMES REALIZADOS)

14 - EXAME FÍSICO

15 - EXAME DE LABORATÓRIO

16 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - HISTÓRICO DO PROCEDIMENTO

18 - NOME DO RESPONSÁVEL

19 - NOME DO RESPONSÁVEL

20 - NOME DO RESPONSÁVEL

21 - NOME DO RESPONSÁVEL

22 - NOME DO RESPONSÁVEL

23 - NOME DO RESPONSÁVEL

24 - NOME DO RESPONSÁVEL

25 - NOME DO RESPONSÁVEL

26 - NOME DO RESPONSÁVEL

27 - NOME DO RESPONSÁVEL

28 - NOME DO RESPONSÁVEL

29 - NOME DO RESPONSÁVEL

30 - NOME DO RESPONSÁVEL

31 - NOME DO RESPONSÁVEL

32 - NOME DO RESPONSÁVEL

33 - NOME DO RESPONSÁVEL

34 - NOME DO RESPONSÁVEL

35 - NOME DO RESPONSÁVEL

36 - NOME DO RESPONSÁVEL

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

38 - NOME DO RESPONSÁVEL

39 - NOME DO RESPONSÁVEL

40 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANEXO DE SINTOMAS - OUVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bessa, 100 - Curitiba - PR

21 - HISTÓRICO DO PROCEDIMENTO

22 - NOME DO RESPONSÁVEL

23 - NOME DO RESPONSÁVEL

24 - NOME DO RESPONSÁVEL

25 - NOME DO RESPONSÁVEL

26 - NOME DO RESPONSÁVEL

27 - NOME DO RESPONSÁVEL

28 - NOME DO RESPONSÁVEL

29 - NOME DO RESPONSÁVEL

30 - NOME DO RESPONSÁVEL

31 - NOME DO RESPONSÁVEL

32 - NOME DO RESPONSÁVEL

33 - NOME DO RESPONSÁVEL

34 - NOME DO RESPONSÁVEL

35 - NOME DO RESPONSÁVEL

36 - NOME DO RESPONSÁVEL

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

38 - NOME DO RESPONSÁVEL

39 - NOME DO RESPONSÁVEL

40 - NOME DO RESPONSÁVEL

41 - NOME DO RESPONSÁVEL

42 - NOME DO RESPONSÁVEL

43 - NOME DO RESPONSÁVEL

44 - NOME DO RESPONSÁVEL

45 - NOME DO RESPONSÁVEL

46 - NOME DO RESPONSÁVEL

47 - NOME DO RESPONSÁVEL

48 - NOME DO RESPONSÁVEL

49 - NOME DO RESPONSÁVEL

50 - NOME DO RESPONSÁVEL

51 - NOME DO RESPONSÁVEL

52 - NOME DO RESPONSÁVEL

53 - NOME DO RESPONSÁVEL

54 - NOME DO RESPONSÁVEL

55 - NOME DO RESPONSÁVEL

56 - NOME DO RESPONSÁVEL

57 - NOME DO RESPONSÁVEL

58 - NOME DO RESPONSÁVEL

59 - NOME DO RESPONSÁVEL

60 - NOME DO RESPONSÁVEL

61 - NOME DO RESPONSÁVEL

62 - NOME DO RESPONSÁVEL

63 - NOME DO RESPONSÁVEL

64 - NOME DO RESPONSÁVEL

65 - NOME DO RESPONSÁVEL

66 - NOME DO RESPONSÁVEL

67 - NOME DO RESPONSÁVEL

68 - NOME DO RESPONSÁVEL

69 - NOME DO RESPONSÁVEL

70 - NOME DO RESPONSÁVEL

71 - NOME DO RESPONSÁVEL

72 - NOME DO RESPONSÁVEL

73 - NOME DO RESPONSÁVEL

74 - NOME DO RESPONSÁVEL

75 - NOME DO RESPONSÁVEL

76 - NOME DO RESPONSÁVEL

77 - NOME DO RESPONSÁVEL

78 - NOME DO RESPONSÁVEL

79 - NOME DO RESPONSÁVEL

80 - NOME DO RESPONSÁVEL

81 - NOME DO RESPONSÁVEL

82 - NOME DO RESPONSÁVEL

83 - NOME DO RESPONSÁVEL

84 - NOME DO RESPONSÁVEL

85 - NOME DO RESPONSÁVEL

86 - NOME DO RESPONSÁVEL

87 - NOME DO RESPONSÁVEL

88 - NOME DO RESPONSÁVEL

89 - NOME DO RESPONSÁVEL

90 - NOME DO RESPONSÁVEL

91 - NOME DO RESPONSÁVEL

92 - NOME DO RESPONSÁVEL

93 - NOME DO RESPONSÁVEL

94 - NOME DO RESPONSÁVEL

95 - NOME DO RESPONSÁVEL

96 - NOME DO RESPONSÁVEL

97 - NOME DO RESPONSÁVEL

98 - NOME DO RESPONSÁVEL

99 - NOME DO RESPONSÁVEL

100 - NOME DO RESPONSÁVEL

A-64



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DII		DN	
PACIENTE <u>Ribeiro S. do Alencar</u>					
DIAGNÓSTICO <u>FA. Periton. D.</u>					
ALERGIAS <u>Depressão</u>		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		EITO		DATA	<u>23/04/19</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				<u>S/O</u>
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<u>+</u>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				<u>+</u>
4	TII A11L 20mg 12/12hs				<u>+</u>
5	DIPIRONA 7ML EV 6/6h S/N				<u>S/O</u>
6	BRAMAL 100MG + SF 0.9% 500ml LV OU 0.1mg(2gotas) VO 04-8hs SE DOB INTENSA				<u>S/O</u>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<u>S/O</u>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h				<u>9:00-14</u>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<u>S/O</u>
10	SSV + CCGG 8/8 h				<u>Rutina</u>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				<u>Rutina</u>
14	CURATIVO DIÁRIO				<u>Rutina</u>
15	<u>Paracetamol 500 mg VO 6/6h</u>				<u>18:00-12</u>
16					<u>NT</u>
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-240: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI F OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Au bloco para programação cirúrgica

Regulado
para leito
19.2
transição interna

62/A

23:23
PA 114/72
D 86

ÁREA DE REGISTROS - DPM
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A

SINAIS VITAIS	PA	FR	FC	TX
6 H	103x77	81		40.2
12 H				
18 H	104x66	22	93	36.3
24 H				

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



Paciente do Inférmeiro em

Prontuário nº 1

Versão 3.0

Data de Atualização: 02/2013

Atualizado: 12/2018

Tratamento de Verificações

Paciente

HCR

Léxico

Roberta Souza de Oliveira

Data: 26/02/2019

Localização



Região MSD

Cranio I (X) II ()



Região

Cranio I () II ()

Fisiologia

☐ pp III IV IV 99 ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma ☐ Fratura ☐ Tumor ☐ Fístula ☐ Infecção
☐ Outros

☐ pp III IV IV 99 ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Fratura ☐ Tumor ☐ Fístula ☐ Infecção
☐ Outros

Aparência do

Leito

☐ Neoplasia Amarelada/Negra ☐ Escala ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos Secos ☐ Outros

☐ Neoplasia Amarelada/Negra ☐ Escala ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos Secos ☐ Outros

Pele Periférica

☐ Outros

☐ Outros

Tipo de Exudato

☐ Purulento ☐ Seco ☐ Sanguinolento ☒ Seco

☐ Purulento ☐ Seco ☐ Sanguinolento ☐ Seco

Quantidade de

Exudato

☐ Molhado ☐ Úmido

☒ Seco

☐ Molhado

☐ Úmido

☐ Seco

Selecção de

Limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura

Oxigenizante

☒ Gaze ☐ Colapso ☐ Sulfadiazina de Prato ☐ Hidroge

☐ Gaze ☐ Colapso ☐ Sulfadiazina de Prato ☐ Hidroge

Profissional que

realizou

Assinatura
 Data: 26/02/2019

Assinatura
 Data: 26/02/2019

Observações

Não existe necessidade de
 troca de curativo semanal

16/02/2019

AREA DE ENFERMAGEM - 09/09/2019
 CONHECIDO NÃO VERIFICADO

Observações

Não existe necessidade de
 troca de curativo semanal

16/02/2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
FACULDADE DE SAÚDE DE RORAIMA
CURSO DE FARMACIA E FARMACOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME	DATE	SCORE
FRANCIS DUBOIS		

PAZ	06	DIV	
DATA		20	06/19
SE GORLEAO			HORARIO

1. 100%
 2. 100%
 3. 100%
 4. 100%
 5. 100%
 6. 100%
 7. 100%
 8. 100%
 9. 100%
 10. 100%
 11. 100%
 12. 100%
 13. 100%
 14. 100%
 15. 100%
 16. 100%
 17. 100%
 18. 100%
 19. 100%
 20. 100%
 21. 100%
 22. 100%
 23. 100%
 24. 100%
 25. 100%
 26. 100%
 27. 100%
 28. 100%
 29. 100%
 30. 100%
 31. 100%
 32. 100%
 33. 100%
 34. 100%
 35. 100%
 36. 100%
 37. 100%
 38. 100%
 39. 100%
 40. 100%
 41. 100%
 42. 100%
 43. 100%
 44. 100%
 45. 100%
 46. 100%
 47. 100%
 48. 100%
 49. 100%
 50. 100%
 51. 100%
 52. 100%
 53. 100%
 54. 100%
 55. 100%
 56. 100%
 57. 100%
 58. 100%
 59. 100%
 60. 100%
 61. 100%
 62. 100%
 63. 100%
 64. 100%
 65. 100%
 66. 100%
 67. 100%
 68. 100%
 69. 100%
 70. 100%
 71. 100%
 72. 100%
 73. 100%
 74. 100%
 75. 100%
 76. 100%
 77. 100%
 78. 100%
 79. 100%
 80. 100%
 81. 100%
 82. 100%
 83. 100%
 84. 100%
 85. 100%
 86. 100%
 87. 100%
 88. 100%
 89. 100%
 90. 100%
 91. 100%
 92. 100%
 93. 100%
 94. 100%
 95. 100%
 96. 100%
 97. 100%
 98. 100%
 99. 100%
 100. 100%

7 2 4 10 5 6 3 8 9 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 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 104

1. **INSULIN** (NPH) 100 units/ml (10 units/ml)
2. **GLUCAGON** 1 mg/ml (0.1 mg/ml)
3. **GLUCAGON** 1 mg/ml (0.1 mg/ml)
4. **GLUCAGON** 1 mg/ml (0.1 mg/ml)

...ACTIVO, ATIVO, CREDITO, COM ACTIVO F.
...O, PASSIVO, PASSIVO, DEBITO, COM PASSIVO F.

PA = 70
Y = 90
T = 36.5°C

ÁREA DE 6 MÍTRDS - DPVA
CONTENIDÓ NÃO VERIFICADO

06 MAR 2019

GENTE SEGURO BSA
 1. Carlos A. Guerra 2.1 - Buenos Aires

Dr. Marcos Aguirre
CASA-43 0544
Presidente de Obediencia u
Tramitado 050

Plantas Sespertine. Realizado cuidados de enfermagem, administração
medicamentos prescrita, apêndice SSVU. Tec. Juliana D. de A. da Silva
Téc. em Enfermagem
CNPJ 08.718.770/0001-75

Luciana D. de A. do Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 776.779-TE

06 de 10 Paciente medicado CPM, afeto os SV



25/2/1971

1051%

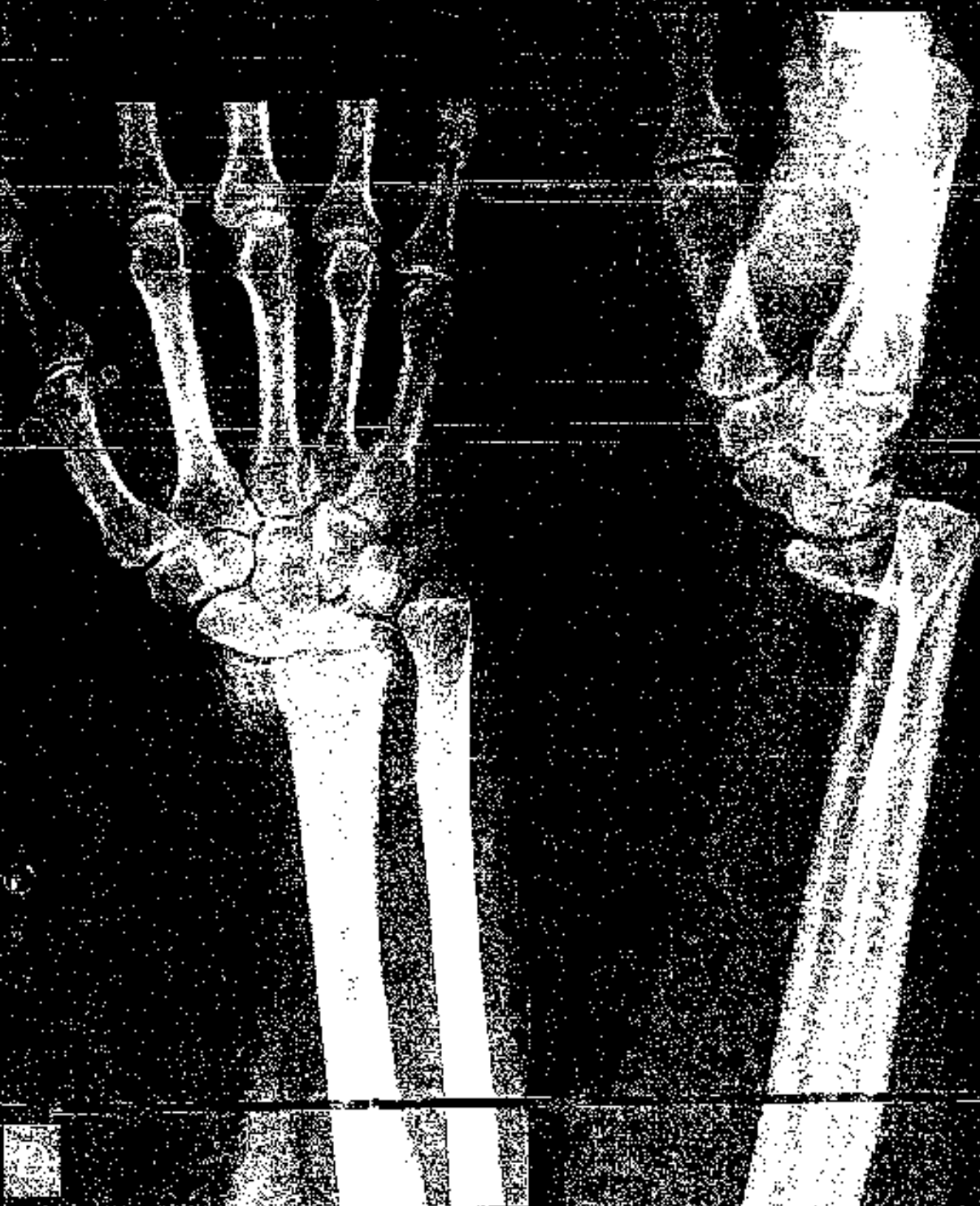
25/2/1971

ROSA R. SOUZA DE OLIVEIRA

HOSPITAL GERAL DE TORONTO

TR. ONT. RES. V. ED. ROSANIGI, LA





ROSANA SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. AURORA/ED. ROSANGELA



SANA SOUZA DE OLIVEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. MARCIO ED. ROSANGELA



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTOK RORAIMA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELEFANTE



RECEITUÁRIO

NOME: Rosana Adega de Almeida

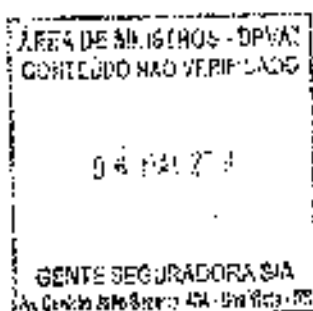
Exento Medico

Paciente com diagnóstico de
fratura de antebraço (D),
requerendo programação cirúrgica

DATA 27/03/19

Dr. M. dos Anjos Aguiar
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
13.55.000-7005

Av. Brigadier Eduardo Gomes, 5308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx68) 2121 0811





GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME Rosana S. Oliveira ^{RECUPÉRARIO}

- Ponto 4 post para
um pulso ①, fix
Tratamento cirúrgico.

- Atividade 4 regulação
um pulso - FST.

regulação para um

A.D.M. pulso ①.

DATA 22.5.20

(PNE)

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

Rua Coronel Pinto 636 - Centro Boa Vista RR
CEP: 69.301.150 - CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone: 2121.7474

Assinatura e Carimbo
Dr. [illegible]
CRM 114

vivo

Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 03/2019
Período: 06/02/2019 a 05/03/2019
Data de emissão: 07/03/2019

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/03/2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Fracalossi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosana Souza de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rosana Souza de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: Antônio Augusto Martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento:
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>parana_medeira@hotmail.com</u>		CEP: <u>69.305-270</u>
		Tel.(DDD): <u>95) 99139-8405</u>

Local e Data: Boa Vista, 30/04/19

Tânia Helena Fracalossi de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Carlos João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR



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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012789/2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2019 12:03 Data/Hora Fim: 26/04/2019 12:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 26/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/02/2019 10:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Bairro: Jardim Floresta

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 08/09/1988

Profissão: Professor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Rosilda Pereira de Souza

Nome do Pai: Sebastião Messias de Oliveira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 229126

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Bairro: Caimbé

Nº: 2173

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a este DP para informar que NÃO é habilitada, e que na data e hora acima informado, conduzia a motocicleta Honda NXR 150 Bros ES, chassi 9C2KD0550B5539417, RENAVAM 00283949775, ano/modelo 2011/2011, placa NAM-0162, que se encontra em nome de Gisely Oliveira da Silva, pela avenida Carlos Pereira de Melo, sentido Centro, quando teve sua preferência fechada por um indivíduo que dirigia uma Ford F-250. Que não sabe informar o nome do condutor do veículo, sabendo apenas informar que, tanto o veículo quanto o condutor, eram de origem estrangeira (venezuelana). Que a comunicante foi levada ao HGR por terceiros, onde passou por procedimentos médicos. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012789/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Rosana Souza de Oliveira
Rosana Souza de Oliveira
(Vítima / Comunicante)

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Camilo João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

DAT

Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Delegado de Polícia Civil: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 29/04/2019 08:28
Protocolo nº: 012789/2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190560404 3 - CPF da vítima: 987.391.742-04 4 - Nome completo da vítima: Rosana Souza de Oliveira

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

5 - Nome completo: Rosana Souza de Oliveira 6 - CPF: 987.391.742-04
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 9 - Número: 2173 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Caimbé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-212
15 - E-mail: 95/49170-7109 16 - Tel. (DDD): 95/49170-7109

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 9758 0
(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.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 01/06/2020

Rosana Souza de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio H. L. de Melo
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF: 001.10007/2010

TESTEMUNHAS

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0088146-5

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002137009

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	26/01/2019	50	65,47

JOSE TAVARES DIAS
AV CARLOS P MELO 2173 B CAIMBE
CPF: 00038244799234
CEP: 69.312-212 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.06.105017

DADOS DA LEITURA		KWh	kVarh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		6251		Atual:	11/01/2019
Anterior:		6207		Anterior:	11/12/2018
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	11/02/2019
Consumo Medido:		44		Emissão:	10/01/2019
Consumo Faturado:		50	FCAM	Apresentação:	11/01/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB09249N	1508740	1.1.1.2	106

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
DEZ/18	36	CONSUMO	50 A R\$ 0,796948 = 39,84
NOV/18	103	CORRECAO MONETARIA DA 11/18-00	0,07
OUT/18	23	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,63
SET/18	9	MULTA POR ATRASO DE I 11/18-00	0,94
AGO/18	9	JUROS DE MORA POR ATR 11/18-00	0,16
JUL/18	33	MULTA POR ATRASO 11/18-00	1,34
JUN/18	132	JUROS DE MORA DE IMPO 11/18-00	0,71
MAI/18	192	ILUMINACAO PUBLICA	21,78
ABR/18	233		
MAR/18	228		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 50 - 0,634620			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Camilo Joffe Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

MENSAGENS IMPORTANTES - REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade
12/2018	74,03	Unidade de consumo

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO CA30.B9A5.36DC.54A3.105C.0C25.1D05.81CC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,83	Base de Cálculo:	39,84
Energia:	20,83	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	6,77
Encargos:	1,08	Valor do PIS:	0,23
Tributos:	8,10	Valor do COFINS:	1,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
25,01			7,00			24,03	
						11/2018	27,00

GAR - R\$
47

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190560404 3 - CPF da vítima: 987.391.742-04 4 - Nome completo da vítima: Rosana Souza de Oliveira

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

5 - Nome completo: Rosana Souza de Oliveira 6 - CPF: 987.391.742-04
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 9 - Número: 2173 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Caimbé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-212
15 - E-mail: 95/49170-7109 16 - Tel. (DDD): 95/49170-7109

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 9758 0
(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.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 01/06/2020

Rosana Souza de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio H. L. de Melo
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001.10007/2010

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200202892

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000009758-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200202892

Vítima: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000000009758-6

Nr. da Autenticação 678AF5AADD4DC6F0

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rosana Souza de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Professora RG: 229.146
CPF: 987.391.342-04 ENDEREÇO: R: Carlos Pereira de Melo
BAIRRO: Cambu CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.312-212

VÍTIMA: _____
CPF: _____
NATUREZA: Invalidez DATA DO SINISTRO: 25/02/19

OUTORGADA :

NOME: Âmia Helena Tracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.432-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista 13 de março de 20 19

Rosana Souza de Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190308740 3 - CPF da vítima: 987.391.742-04 4 - Nome completo da vítima: Barbara Souza de Oliveira

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

5 - Nome completo: Barbara Souza de Oliveira 6 - CPF: 987.391.742-04
7 - Profissão: Desenvolvedora 8 - Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 9 - Número: 2173 10 - Complemento:
11 - Bairro: Camaleão 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-212
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95/99170-7109

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 24/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rosana Souza de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Professora RG: 229.126
CPF: 987.391.752-04 ENDEREÇO: Av: Carlos Pereira de Melo
BAIRRO: Cambu CIDADE: Bom Vista
CEP: 69.312-212

VÍTIMA: _____
CPF: _____ DATA DO SINISTRO: 25/02/19
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: Tônia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 488049 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Bom Vista, 13 de março de 2019

Rosana Souza de Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Bom Vista - RR

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Bom Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alvaro Teixeira, 480F - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (68) 3627-4126
Tefax: (68) 3627-4126
Tefax: (68) 3627-4126

93585.5c801b23f68c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA"

Em testemunho da verdade, SSP
De que sou Tit. Bom Vista/RR, 16 de março de 2019.
Consulte o(s) valor(s) abaixo em cidades.portalsterr.com.br
RECPIR166296NCPW77A96TOLE193 /

Emolumentos: R\$ 3.95 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 4.50

93-585
Lidiane Silva Lopes
Escrevente Autorizada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746604345
VIA 01 COD. RENAVAM 00283949775 RENTR 2018 EXERCÍCIO 2018

NOME
GISELLY OLIVEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ
534.275.722-34

PLACA
NAM0162

PLACA ANT./UR

CHASSI
9C2KD0550BR539417

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB
2011

ANO MOD
2011

CAP/POT/CIL
2P/0149CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

1º *****

2º *****

3º *****

FAIXA L.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROB SAIR DA AM
AZ OCID DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

Antonio Francisco Beserra Marques

BOA VISTA - Diretor Presidente

DETRAN-RR

DATA
07/06/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013746604345 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 07/06/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 534.275.722-34 PLACA NAM0162

RENAVAM 00283949775 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2011 CAT. TARIF 9 Nº CHASSI 9C2KD0550BR539417

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATBAN (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO ☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

0137466043

20060615

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Assis Brasil, 4287 - Boa Vista - RR
Papel: (93) 3627-4192
daniel.aquino@cartorioaquirino.com.br
9248750910b7edcd
AUTENTICAÇÃO. Confira com o documento original apresentado. 92.487
Em testemunho da verdade. LFS
Boa Vista/RR, 13 de março de 2019
Consuta o(s) selo(s) abaixo em: cidadesaoportalseiorr.com.br
RECIR168296DQIVJTSJC3AUTP18
Emolumento: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 3.00
Thalita Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1747870879

TANIA SELENA FRACALOSSE DE MELO

DOC. IDENTIFIC. (CPF, EMISSORAS)
489049 452/RO

CPF
421.026.172-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PERFIL
JUNIELSON FRACALOSSE
MARIA ANNA FRACALOSSE

PERMISSAO
ACC
CAT. HABIL.
AB

Nº REGISTRO
02798991920

VALIDADE
04/12/2023

P. HABILITACAO
17/02/1993

RESERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

48826851446
RR209948647

RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2018

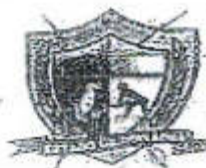
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RS



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

3190308740

NOME: Pedro Souza de Oliveira

LAUDO MEDICO

Lesão com fratura do radius distal direito,
em uso de tal gesso até o pulso.



Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 624

DATA 23/06/19

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

**GOVERNO
DO POVO**

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF³.

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 Tânia Helena Fracalossi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosana Souza de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rosana Souza de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.391.742 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: Antônio Augusto Martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento:
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>rosana_medeira@hotmail.com</u>		CEP: <u>69.305-270</u>
		Tel.(DDD): <u>95) 99139-8405</u>

Local e Data: Boa Vista, 30/04/19

Tânia Helena Fracalossi de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Carlos João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, GISELY OLIVEIRA DA SILVA,
RG nº 330262-8, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 534.275.722-34
com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RODRIGUES, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Carlos Pereira da Mota, nº 2170,
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
ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA, cujo o condutor era
Rosana Juracy da Oliveira.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda NXR150 Ano: 2011/2011
Placa: NAM0162 Chassi: 9F2KDO5503R539412
Data do Acidente: 25/02/19

Local e Data: BOA VISTA 14 de março 2019

Giselly Oliveira da Silva
Assinatura do Declarante

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

DANIEL AQUINO
932585c8be47ac00ac
Recebi em nome de VEREADORA a(s) firma(s)
GISELY OLIVEIRA DA SILVA
Em testemunho da verdade, LPS
De que deu 14 de março de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em portal.seg.com.br
REC/R1682296LFP888SJQBL419121

Emolumento: R\$ 2.45 Fundos 156: R\$ 0.55 Total: R\$ 3.00

190107/347	25/02/2019 10:35:58	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	5
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPT
ROSANA SOUZA DE OLIVEIRA		08/09/1988		30 A 5 M 17 D	702403546515223	98739174204
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	229126	SSP/RR	28/06/2000	F	SOLTEIRO(A) INDÍGENA	BOA VISTA - RR
Mãe	ROSILDA PEREIRA DE SOUZA		Pai		SEBASTIAO MESSIAS DE OLIVEIRA	
Endereço	RUA - COMUNIDADE SERRA DA MOCA - SN - - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 36231-034	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Tipo de Chogada	Procedimento Sol.	Peso	Pressão
Setor	DEMANDA ESPONTANEA		Registrado por:		FRANCILENE SILVA	
GRANDE TRAUMA			Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue	

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h

Portante vítima de acidente de motocicleta
c/ trauma em punho D

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

(X) RAIOS-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO

Digamma 2 g @ 12h - 35

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Intervenção

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transferência para

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () Int. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: francilene.silva
Data Hora: 25/02/2019 10:36:33

Elias Carlos Sousa
Médico Cirurgião
CRM-RR 4103

25/02/2019
Carimbo e Assinatura Original
Carimbo e Assinatura Original

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0088146-5

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002137009

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	26/01/2019	50	65,47

JOSE TAVARES DIAS
AV CARLOS P MELO 2173 B CAIMBE
CPF: 00038244799234
CEP: 69.312-212 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.06.105017

CEP: 09.312-211		Cidade: Votorantim		UF: SP	
DADOS DA LEITURA		KWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	6251			Atual:	11/01/2019
Anterior:	6207			Anterior:	11/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	11/02/2019
Consumo Medido:	44			Emissão:	10/01/2019
Consumo Faturado:	50		FCAM	Apresentação:	11/01/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB09249N	1508740	1.1.1.2	106

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	50 A R\$ 0,796948 =	39,84
Mês/ano consumo			
DEZ/18	36		0,07
NOV/18	103		0,63
OUT/18	23		0,94
SET/18	9		0,16
AGO/18	9		1,34
JUL/18	33		0,71
JUN/18	132		21,78
MAI/18	192		
ABR/18	233		
MAR/18	228		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 50 - 0,634620			

MENSAGENS IMPORTANTES - REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade
12/2018	74,03	Unidade

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO CA30.B9A5.36DC.54A3.105C.0C25.1D05.81CC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
	9,83	Base de Cálculo:	39,84
Distribuição:	20,83	Alíquota ICMS:	17,00%
Energia:	0,00	Valor do ICMS:	6,77
Transmissão:	1,08	Valor do PIS:	0,23
Encargos:	8,10	Valor do COFINS:	1,10
Tributos:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
2017		2018		2019		2020	
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	-
25,01			7,00			24,03	
FLORESTA						11/2018	27,00

GAR - R\$
47

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Camilo Joffe Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Lider 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)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo: Rosana Souza de Oliveira
 Profissão: Professora
 Bairro: Carmel
 E-mail: _____

CPF: 987.391.742-04
 Número: 2173
 CEP: 09.312-212
 (11) (0000) (95) 99170-7109

Nome completo da vítima: Rosana Souza de Oliveira
 CPF: 987.391.742-04
 Número: 2173
 CEP: 09.312-212
 (11) (0000) (95) 99170-7109

Endereço: C/ Carlos Pereira de Melo
 Cidade: Boa Vista
 Estado: Roraima

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

DADOS CADASTRAIS

RENDAMENSAL:
☒ DECLARO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para beneficiários no Brasil - taxa op. 20)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (taxa de 10%)
 Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 9758 0
 (informar o dígito de controle) (informar o dígito de controle)

Autorizo a Seguradora LIDER a utilizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso da Seguradora DPVAT a que eu tiver direito, renunciando o dando, desde já e sem reserva, a qualquer ação de crédito, quitando total o 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 de Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 período.

Pela presente declaro, solicito o reconhecimento da análise da minha condição de invalidez permanente, com base no meu relatório apresentado, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as costas da Seguradora LIDER para verificação da existência e duração da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 2º, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização, sendo a avaliação médica e a decisão em direito de caberem à LIDER, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grav 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 a vítima deixou filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascidos (ou nascerem)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esta declaração de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e não se envolverem em conflitos, 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.

Local e Data: Boa Vista 30/04/19

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante): Rosana Souza de Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Promotor (se houver): Tânia Heliana L. Melo

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiária não habilitado deve ser assistido por outra pessoa habilitada, ou capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a declarar a veracidade do conteúdo e a não se envolver em conflitos, sendo a declaração necessária ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.