

## 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:  
2815888320200820111433

## Processo 0819422-81.2020.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<p><b>Realces</b> ↑</p> <p><b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</p> <p><b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</p>					
<p><b>Filtros</b> ↑</p> <p><b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</p> <p><b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/></p> <p><b>Descrição:</b> <input type="text"/></p>					
<p>11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11 <span style="float: right;">500 por pág. 1</span></p>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
[-]	11	20/08/2020 11:14:33	<p><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A</p> <p>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b></p>		
	11.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2742706CONTESTACAO01.pdf	Público
	11.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2742706CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	11.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	10	17/08/2020 15:09:45	<p><b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de CLAUDIO MOURÃO DE SOUSA) em 17/08/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/08/2020) e ao evento de expedição seq. 7.</p> <p>Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b></p>		
	9	17/08/2020 14:35:27	<p><b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 17/08/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.</p> <p>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b></p>		
[+]	8	14/08/2020 14:22:28	<p><b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis</p> <p>DEBORA LIMA BATISTA <b>Analista Judiciária</b></p>		
	7	14/08/2020 12:42:38	<p><b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de CLAUDIO MOURÃO DE SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/08/2020)</p> <p>Jhonatan de Almeida Santil <b>Analista Judiciário</b></p>		
[+]	6	03/08/2020 18:11:35	<p><b>CONCEDIDO O PEDIDO</b></p> <p>Anita de Lima Oliveira <b>Magistrada</b></p>		
	5	03/08/2020 09:53:45	<p><b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b></p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
	4	03/08/2020 09:53:45	<p><b>RECEBIDOS OS AUTOS</b></p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
	3	03/08/2020 09:53:45	<p><b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição</p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
	2	03/08/2020 09:53:45	<p><b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 1ª Vara Cível</p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
[+]	1	03/08/2020 09:53:44	<p><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b></p> <p>Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b></p>		



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

Processo: 08194228120208230010

**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 **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**, 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 **23/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/05/2020**.

Cumpra 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 indenitória 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 à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

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

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 07/05/2020 após 8 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

---

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

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 23/09/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

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

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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.

---

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200185336 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIO MOURAO DE SOUSA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 27/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.  
P 11.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

## ITAÚ - UNIBANCO

#### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/06/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

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

CLIENTE: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027570-5

---

Autenticação:

D57C5EF52803F3B98926CAEA0139A087DF7A9A52C68F28F6A82B57FBB64A9FD4

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

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

<sup>7</sup> art.

1º

(...)

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



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de agosto de 2020.

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

### QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (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-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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; **JOSELAINÉ 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 **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08194228120208230010.

Rio de Janeiro, 20 de agosto de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

---

**Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200185336**

**Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 23/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200185336**

**Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 23/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**

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:  $12,50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 1.687,50

Recebedor: **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000027570-5**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 011.322.232-53 4 - Nome completo da vítima: Claudio Mourão de Sousa

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

5 - Nome completo: Claudio Mourão de Sousa 6 - CPF: 011.322.232-53  
 7 - Profissão: Servico Gerais R. 6º ano Mestre Claudio B. da A 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 8 - Endereço: \_\_\_\_\_ 11 - Cidade: Boa Vista 12 - Estado: RR 13 - Estado: RR 14 - CPF: 09.317.372  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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

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

Declaro, para todos os fins do 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (204)

CONTA CORRENTE (todas as opções)  
 Nome do BANCO: ITAU

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (m. 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 (ou nascitas)?  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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 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 - RR 13 de Maio de 2020  
Claudio Mourão de Sousa 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
William Gonçalves 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015169/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2020 19:42 Data/Hora Fim: 07/05/2020 20:04  
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 23/09/2019 17:00

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)  
Bairro: centro  
Logradouro: Av. Ailton Senna com o cruzamento rua monte Roraima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDIO MOURÃO DE SOUSA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 28/11/1983	Idade: 36 anos
Naturalidade: PA - Alenquer	Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais		
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Maria da Conceição Mourão de Sousa	Nome do Pai: Idalecio Lopes de Sousa		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 911.322.232-53  
RG - Carteira de Identidade: 5148855 RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA GRÃO MESTRE CLAUDIO B. DE ARAUJO Nº: 455  
Bairro: EQUATORIAL  
Telefone: (95) 99155-1368 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 04.050.068/0003-06	Placa NAL8058
Renavam 00789485346	Número do Motor MD34E-2019635
Número do Chassi 9C2MD34002R019635	Ano/Modelo Fabricação 2002/2002
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/XR 250 TORNADO







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015169/2020

Modelo HONDA/XR 250 TORNADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 27/09/2002	Situação do Veículo NADACONSTA
<b>Nome Envolvido</b> Claudio Mourão de Sousa	<b>Envolvimentos</b> Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante compareceu nesta UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 23 de setembro de 2019, por volta das 17:00 horas da tarde, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo XR 250 TORNADO, de cor VERMELHO, de placa NAL-8058; Que neste momento trafegava na Av. Aírton Senna, bairro: centro/RR/Rorainópolis, e ao ao cruzar para a rua monte Roraima, um veículo automotor, de cor PRATA colidiu com a motocicleta do comunicante; QUE o comunicante foi arremessado de sua motocicleta; QUE no momento do fato, o comunicante foi socorrido de imediato à colisão pelo condutor desse veículo, que prestou socorro e assistência ao comunicante, conduzindo-o para o Hospital Regional Sul denominado Ottomar de Souza, na ocasião foi detectado um fratura grave no punho esquerdo, que foi imobilizado e o comunicante foi removido pela equipe do SAMU, para realizar procedimento cirúrgico no hospital geral de roraima; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves em seu punho esquerdo, como consta em laudo médico em anexo a este B.O;

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (07/05/2020) devido à gravidade de seus ferimentos e pelo fato desse registro garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig. S. de Souza, escrivão de polícia ad-hoc, chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

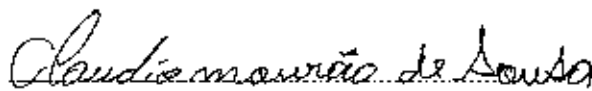
ASSINATURAS



Hualacy Seelig S. De Souza  
Escrivão de polícia "ad-hoc"  
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de  
Roraima

Matrícula 020116684

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO



Claudio Mourão de Sousa  
(Comunicante / Vítima)

\*Codigo para os devidos fins de direito que sou o(a) J(n)ic(o) responsável pelas informações desta assessoria e a(s) que podem responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 011.322.232-53 4 - Nome completo da vítima: Claudio Mourão de Sousa

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

5 - Nome completo: Claudio Mourão de Sousa 6 - CPF: 011.322.232-53  
 7 - Profissão: Servico Gerais R. Gen. Mestre Claudio B. da A 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 8 - Endereço: \_\_\_\_\_ 11 - Bairro: Barro Preto 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317-372  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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

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

Declaro, para todos os fins do 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (204)

CONTA CORRENTE (todas as opções)  
 Nome do BANCO: ITAU

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (m. 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 (ou nascitas)?  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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
 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 - RR 13 de Maio de 2020  
Claudio Mourão de Sousa 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
William Gonçalves 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Matrícula: **1121618**
**Abril/2020**
**Dados do Cliente:**

DELIANE DA SILVA OLIVEIRA

**Endereço para entrega:**

 RUA GRÃO MESTRE CLAUDIO B DE ARAUJO, NUM  
 88455 - EQUATORIAL BOA VISTA RR 65317-

Inscrição 001.019.779.0350.000	Rota 43	Seq.Rota 1670	Quantidade de Economias RESIDENCIAL 1
Hidrometro NÃO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água CORTADO	Situação Esgoto POTENCIAL
LEITURA FAT. LEITURA INF. DT. LEITURA		ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m <sup>3</sup> ) 10	NUM DE DIAS 0

**ULTIMOS CONSUMOS**

282883	10-0
282882	10-0
282881	10-0
281912	10-0
281911	10-0
281910	10-0
<b>MEDIA</b>	<b>10</b>

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição  
 DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 D.M.

APORTANTE	CLORO	TURBIDIEZ	ODC	C.TOTAL	C.COLT
ESGOTADO	100	100	100	100	100
AMPLIADO	104	104	104	104	104
CONFORME	104	104	104	104	104

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		0,47

 EXPIRE: **15/05/2020**      TOTAL A PAGAR: **24,30**

AVISO: EM 31/03/2020 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1121618	04/2020	15/05/2020	24,30



11-0-RECEBIDO EPM: 22/04-2020 20:05:10

Via do Cliente

Via do C/ST

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

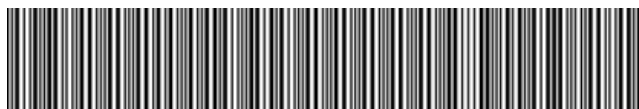
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ADERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.633/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claudio Maurício de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o nº 911.320.939 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da vítima Claudio Maurício de Sousa inscrito (a) no CPF sob o nº 911.320.939 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento:
Bairro: <u>Barro Vermelho</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>William992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318.085</u>	Tel. (DDD): <u>99/13-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

113-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Claudio Mourao de Sousa ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/11/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE Fx radio (E)

NO DIA 27/11/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteosintese SENDO

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. M. Amadeu

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/11/19 ÀS 10:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 20/12/19 ÀS 13:00 COM O  
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. M. Amadeu

BOA VISTA, 28/11/19

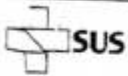
Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO



NIR

transf: 27109119 Anexo 1



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.R

NIR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cláudio Mourão De Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175729

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/11/83

9 - SEXO

Masc  1

Fem  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Conceição Mourão de Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF  
R/R

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Mal-estar intenso de recente instalação há os dias, com febre - diarréias e vômitos.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel: (95) 21-21-0620  
AUTENTICAÇÃO  
0488 7076  
Siqueira  
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

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

História + Exame físico + Neurológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de Barton

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Max

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
26/09/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
Dr. Odinaçny  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
0851/RR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

h/a

OK





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação  
**VERDE**

- Reclassificação
- Vermelho
  - Laranja
  - Amarelo
  - Verde
  - Azul Ass.

- Reclassificação
- Vermelho
  - Laranja
  - Amarelo
  - Verde
  - Azul Ass.

- Reclassificação
- Vermelho
  - Laranja
  - Amarelo
  - Verde
  - Azul Ass.

1901166683 26/09/2019 17:32:35 **FICHA DE ATENDIMENTO** CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 182

Paciente **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA** Data Nascimento **28/11/1983** Idade **35 A 9 M 28 D** CNS **91132223253** Prontuário  
 Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
**M** **PARDA** **BRASILEIRA**  
 Mãe **MARIA DA CONCEICAO MOURAO DE SOUSA** Pai **NI** Contato  
 Endereço **RUA -- SN -- BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **VERDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
 Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. **37.00** Peso Pressão **150 x 110**  
 Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **REILA RODRIGUES**

Queixa Principal  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue  
**ENCAMINHADO DE RORAINÓPOLIS AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA**

Anamnese de Enfermagem **NEGA HAS + DM + ALÉRGIAS MEDCIAMENTOSA SPO2 98% FC 56** GSC TOTAL  
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA **20:20** h)  
**VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ ± 2 DIAS, COM FRATURA DE**  
**QUADRIL (F). ENCAMINHADO P ORTOPEDIA.**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica  
**EX RADIO**

SADT - Exames Complementares  
 RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>- Solicito AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA</b>		

**Dr. Hélio Rodrigues**  
 Médico  
 CRM-RR 2005

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308  
 Novo Planalto, Tel (68) 3125-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
 08/09/2019  
**Shirley**  
 Certifico e dou fé que a presente  
 cópia é fiel reprodução Original  
 que foi apresentado neste Hospital

Conduta  
 Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta a Revelia  Internação  
 Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marcia.almeida  
 Data Hora: 26/09/2019 17:35:22



1901166683

ADM  
Ademir

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: 28/11/83

PACIENTE: Claudio Mourao De Sousa

AGNÓSTICO: Fratura de Berto (FD)

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 35 LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 26/09/83

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <u>2x</u>	<u>18</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<u>06</u>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h <u>2x</u>	<u>14</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV,8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <u>3 suspensas</u>	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG <u>2x</u>	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:**  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Odinachi Oke  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 1851/RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 Plano 1º Tel: (67) 21-21-0220  
**AUTENTICAÇÃO**  
 0 - ABR 2076  
 There  
 Certifico e c.c. que a presente  
 cópia é fiel reprodução Original  
 que foi apresentada neste Hospital



SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DE: 00  
 PA: 140 x 110  
 FC: 73  
 T: 36.6°C  
 T.p. Analista facs.

21:50 INTERNAÇÃO  
 PA 143/100  
 FC 62  
 T: 36,2°C  
 Fundação S. Nascimense

ADM


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


DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	CLAYTON M. SOUTO	
AGNÓSTICO	FRATURA DE BANTHON ESQUERDA	
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	35 ANOS	DATA 27/9/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18:24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	MTF 16:24 08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
14	CURATIVO DIÁRIO	REALIZAR
15		
16		
17	AO BLOCO	
18		
19		
20		
21		

**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:**  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:


**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
 Av. Bdg. Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Planalto - Fone: (68) 3221-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
 27-ABR-2019  
 Certifico a J. Fe. que a presente cópia e fiel. Rep. da Orig. que foi apresentado neste Hosp.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130x90	52		36,5C
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

### RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Comedor  
B/E  
Deambala

Eu CLAUDIO M. SOUZA CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
  - Cirurgias pré-agendadas;
  - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
  - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
  - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 27 de 09 de 20 19

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

**Responsável:**

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 27 de 09 de 20 19. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Assinatura/carimbo do Médico Regulador**

Dr. André Lucas Marcellino  
Médico  
CRM/R 1904



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO  
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL  
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900132508 24/09/2019 19:39:14 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19-07 9

Paciente: **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**  
Data Nascimento: **28/11/1983** Idade: **35 A 9 M 26 D** CNS: CPF: **91132223253** Prontuário  
Tipo Doc: Documento Emissor: **SSP/RR** Data Emissão: **05/07/2016** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **ALENQUER**  
Mãe: **MARIA DA CONCEICAO MOURAO DE SOUSA** Pai: **IDALECIO LOPES DE SOUSA**  
Endereço: **RUA - C - S/N - NOVO HORIZONTE - RORAINOPOLIS - RR** Contatos: **Cell: 9591237215 - - -**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE** N da Carteira: Validade: **05/07/2016** Sis Prenatal:  
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Carate do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:  
Setor: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: Registrado por: **DANIELLY.SOUSA**

Queixa Principal:  Síndrome Febril  Sintoma Típicos Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **FRAT. RADIO e redução de**  
**Talc. RX e talc.**  
**AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h): **paciente que teve queda de**  
**motor e fratura com o pulso (E)**  
**(sic)**

Exame Físico: **Referência de trauma**

Hipótese Diagnóstica: **Fratura** Confere com original

SADT - Exames Complementares:  RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<b>1) Tramadol (100 mg) +</b> <b>100 - 1 de SF 0,9% 8/8h</b>		
<b>2) analgésico / antiespasmódico</b>		

Conduta:  Alta por Decisão Médica  Alta a Pedido  Alta a Revelia  Transferência para:  
**3) paciente em 24h**  Ambulatório  Observação (Ata 24h)  Internação  
**75, 12/12/1** Data e Hora da Saída/Alta

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Dicleo de Souza**  
Carimbo e Assinatura do Médico: **Dr. Wilson Alves**  
**24 SET 2019**



24.00hs 06.00hs  
T: 36°C T: 36.7°C  
P: 35 P: 30  
R: 20 R: 20  
PA: 120/80 PA: 120/80

delepedic

# fract. luxof

rodio de l e

parte rodio de

luxof e crivada

sobre ttc arroyo

devido instalatidell

do fructura

- Direccao e BV.

  
Elson Alves da Silva  
Diretor Geral  
CPF: 508.713.072-  
HRSGOZ

Confere  
com origina

03.07.01 11-00  
HOSPITAL REGIONAL SUL  
GOVERNADOR VITÓRIO DE SOUSA PINTO  
R: 174 - Km 468  
CEP: 69.370-970  
ROSIÁRIO POLIS









GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/07/10 O.S. \_\_\_\_\_

*Handwritten signature*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Redução e / limpeza

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

*Signature*  
Milton Alves da Silva  
Diretor Geral  
CEP: 69.370-970  
RORAIMA

CIRURGIÃO: [Signature] 1º AUXILIAR: [Signature]

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: [Signature] ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

*Confere com original*

RELATÓRIO CIRURGICO

*Confere*

0 P. 67 HSA

0 supino / h. supino / eye on

0 anestesista e fisioterapia em p. indicados. €

0 g. de m. a. c. h.

0 g. de m. a. c. h. p. o. n. g.

0 c. r. e. s. e. n. c. i. a. s. e. l. e. t. e. r. i. c. a. s.

0 g. m. o. c. e. l. e. p. e. l. e. m. e. n. t. e. s.

0 60 RPA

05.370.015/0001-00  
HOSP. GERAL DE RORAIMA  
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
BR. 114 - Km 489  
CEP. 69.370-970  
RORAIMÓPOLIS

24/09/2019

CLAUDIO MOURAO DE SOUZA  
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO

50146  
Masculino

28/11/1983  
MAURO SOUZA



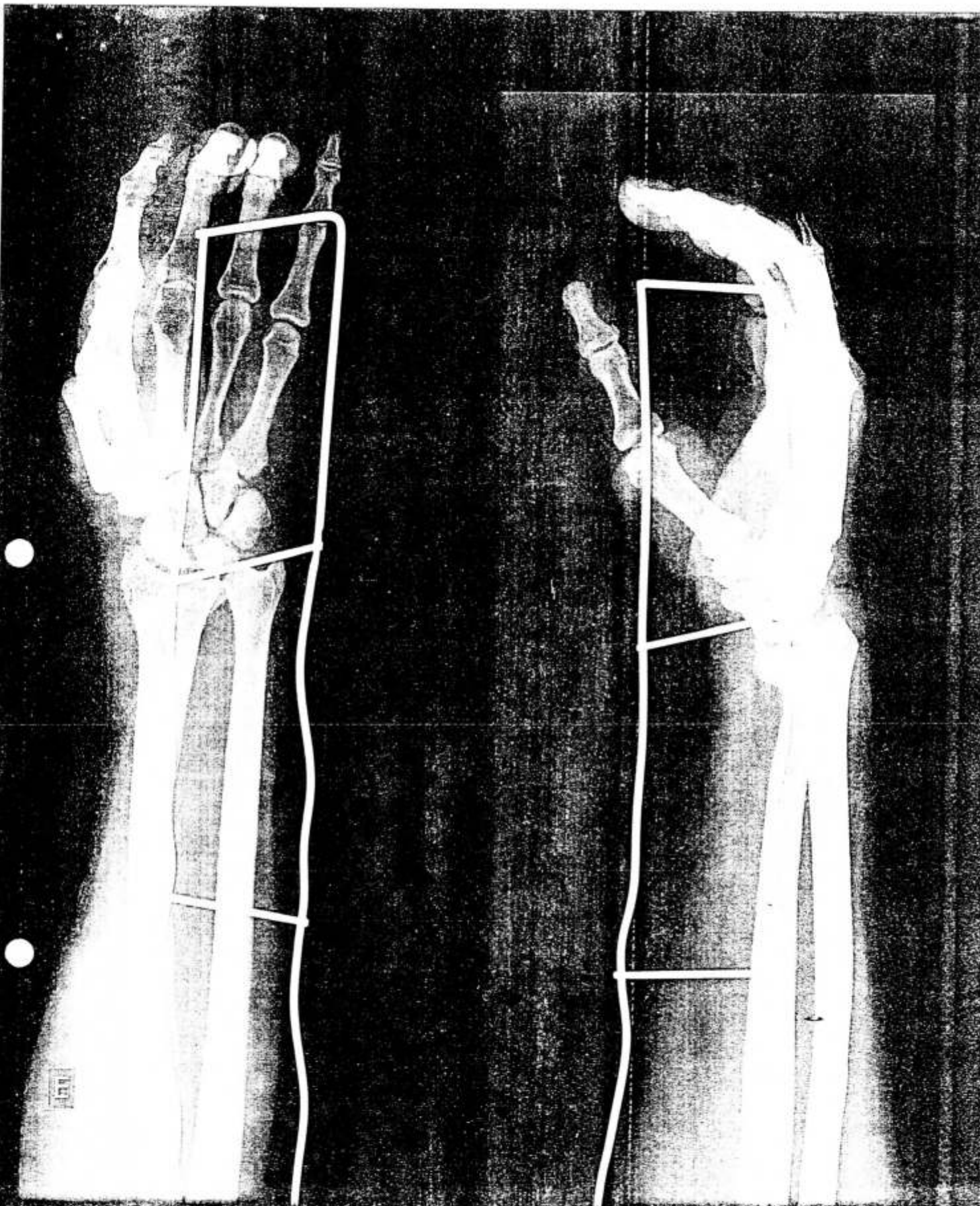
Elson Alves da J.  
Diretor Geral  
CPF 508 713 072  
BRSGOSP



GOV. DO RJ 19.018 1991-00  
RORAIMÓPOLIS - RORAIMA  
GOVERNADOR JOSÉ SA PINTO  
BR 174-1  
CEP 56.300-00  
RR

Contere  
com original






CLAUDIO MOURAO DE SOUZA  
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO  
24/09/2019

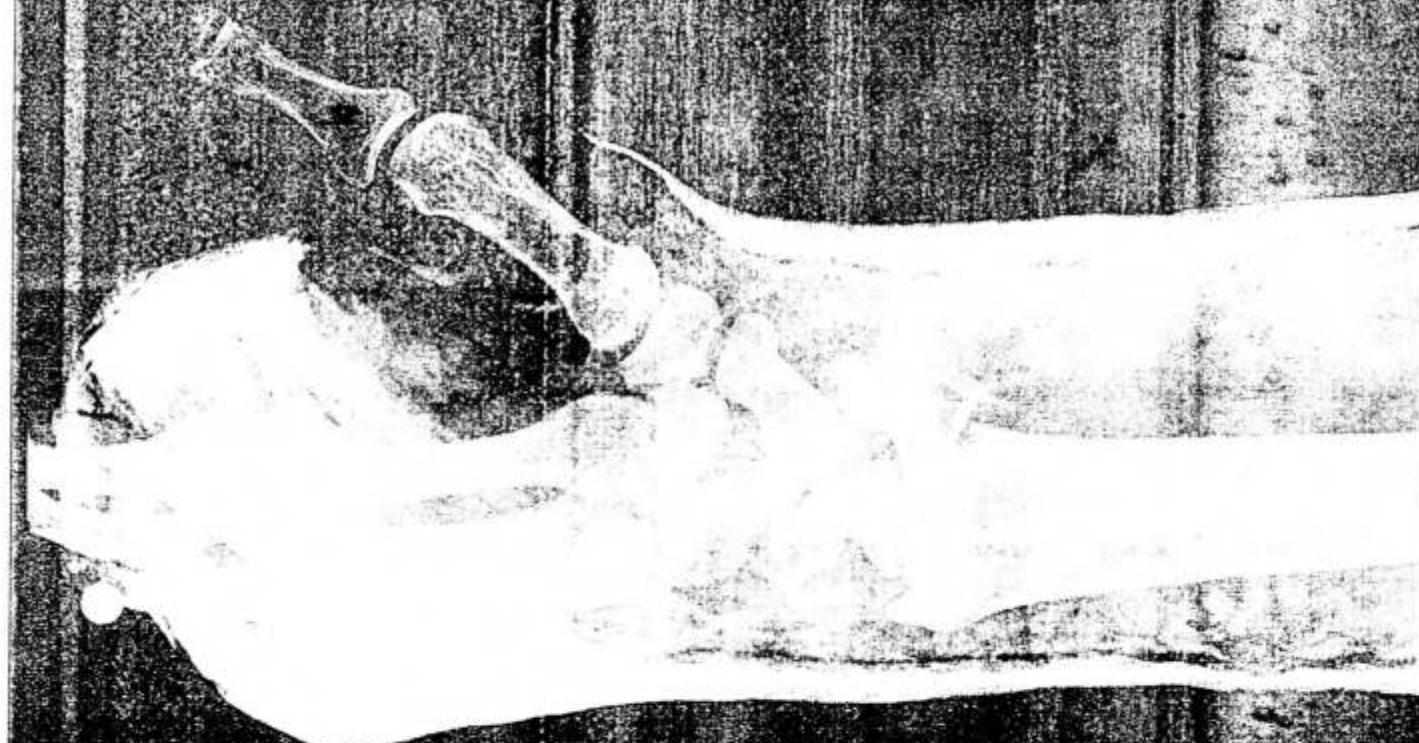
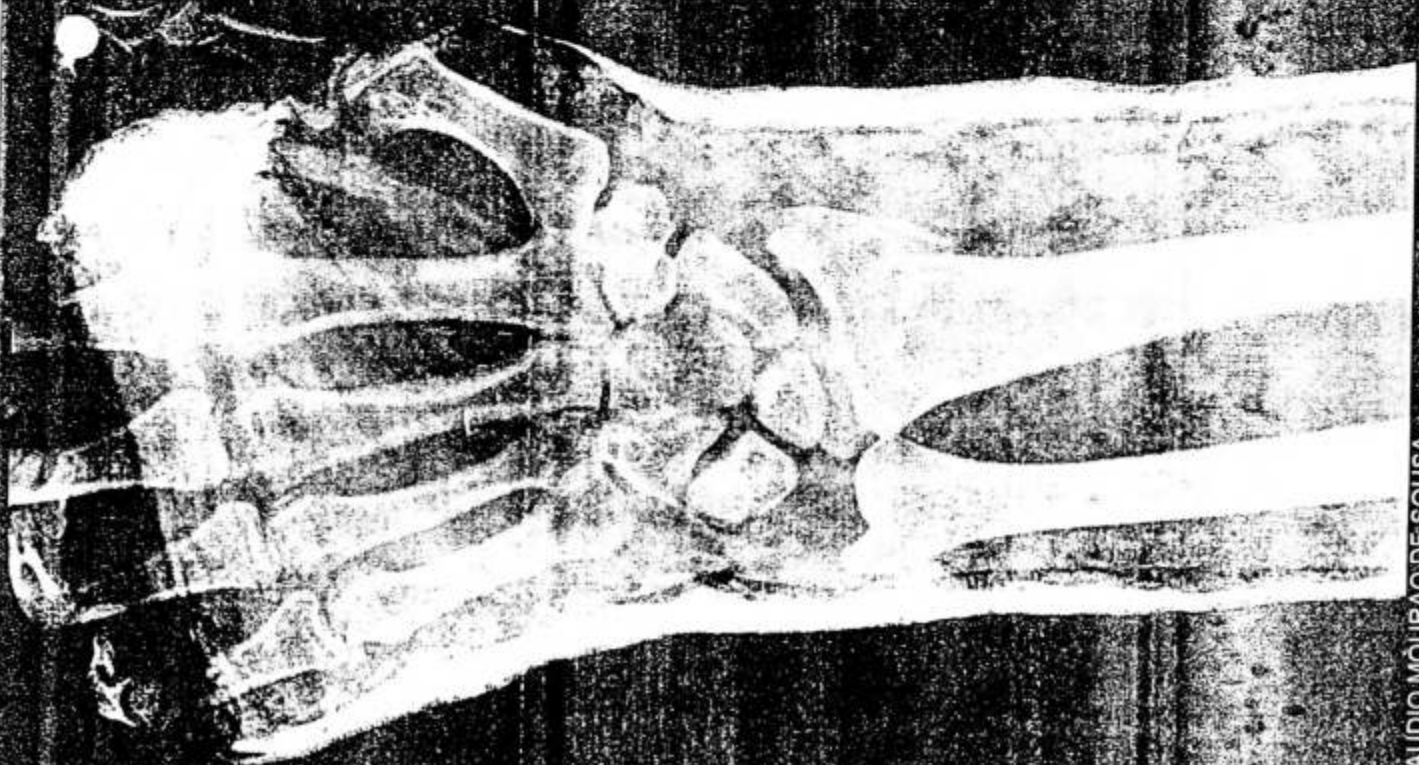
50 146  
Masculino  
49 44 55

28/11/1983  
MAURO SOUZA  
400

  
Elson Alves du Silva  
Diretor Geral  
CPF: 508.713.072-00  
RHS/SGOSP

05.378.016/0001-00  
HOSPITAL REGIONAL SUL  
GENERAL RUYTONAR DE SOUSA PINTO  
B: 174 - Km 468  
CEP: 69.370-870  
RORAINÓPOLIS - RR

Confere  
com original



CLAUDIO MOURAO DE SOUSA  
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO  
25/09/2019

50181  
Masculino  
16-53-13

28/11/1983  
TR OLIVEIRA ERINALDO  
400

053 10.018 2017-00  
HOSPITAL DE SOGAPO  
GE. ESPECIALIDADE DE SOGAPO  
B: 174 - Km 468  
CEP: 69.370-970  
RORAINÓPOLIS - RR

, Confere  
com ordem

Elson Almeida  
Diretor Geral  
CPF 508.713.072-4  
HRSOSP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



PROLOGAR DIGITIS



*Claudio Mourão de Sousa*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 514885-6 DATA DE EMISSÃO 05/07/2016

FILIAL CLAUDIO MOURÃO DE SOUSA

FILIAL IDALECIO LOPES DE SOUSA

MARIA DA CONCEIÇÃO MOURÃO DE SOUSA  
CATEGORIA DADOS

ALENQUER - PA

DOC. ORIGINAL CERTO NASC 15515 FLS 128-V LIV A-106  
ALENQUER-PA

CPF

AMADEU ROCHA TRIANI  
Ponte Fronteira - Instituto de Registro Civil

1 VIA

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO: 28/11/1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO 28/11/1983

Nº DE INSCRIÇÃO 0533 7805 1392

ZONA 008

SERIAL 0072

MUNICÍPIO/UF RORAINÓPOLIS/RR

DATA DE EMISSÃO 21/06/2017

JUIZ ELEITORAL

BRASILEIRO



Ministério da Fazenda  
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
911.322.232-53

Nome  
CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

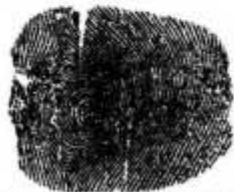
Nascimento  
28/11/1983



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*William gonçalves franco*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

**SANTA INÊS - MA**

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

825.396.343-20

**AMADEU ROCHA TRIANI**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144453/20

**Vítima:** CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

**CPF:** 911.322.232-53

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 23/09/2019

**Titular do CPF:** CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA : 911.322.232-53**

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](http://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: 20/05/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200185336 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIO MOURAO DE SOUSA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 27/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO//GESSO). ALTA.  
P 11.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

**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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200185336

**Cidade:** Rorainópolis

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

**Data do acidente:** 23/09/2019

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 27/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.  
P 11.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

**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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Claudio Maurão de Sousa  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Serviço Geral RG: 914885-5  
CPF: 911.322.232-53 ENDEREÇO: R: Grão Mestre Claudio B. de Sousa  
BAIRRO: Canotial CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69317-372

VITIMA:

NOME: Claudio Maurão de Sousa  
CPF: 911.322.232-53 DATA DO ACIDENTE:  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: autônomo  
NR. DO RG: 289717 ORGÃO EMISSOR: DESP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016  
NR. DO CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 18, 295 Lavoura Moxeira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, 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.

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



Boa Vista RR, 18 de Março de 2020

Claudio Maurão de Sousa

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



**CARTÓRIO LOUREIRO**  
DR. JOZEL TOURIBO  
TABELÃO E APOSTADOR  
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)  
de CLAUDIO MAURÃO DE SOUSA  
em testemunho de verdade. Boa Vista, 18/03/2020  
R. 2, 58, FUNDEJURR: 9, 26, FISC: 0, 16, FECON: 0, 13, SS: 0, 21, 546, 547  
REC FIR 15834572 QCPBB4Q55WE36 Nº Ticket: 00223  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 91132223253  
Escritório Autôgr.  
Cartório Loureiro

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144453/20

**Vítima:** CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

**CPF:** 911.322.232-53

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 23/09/2019

**Titular do CPF:** CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA : 911.322.232-53**

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](http://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: 20/05/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO