

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:
2919890620201126154032

Processo 0827307-49.2020.8.23.0010 ☆ - (34 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div>	12	26/11/2020 15:40:32	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	Procurador
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	
		<div><div><div>12.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2764216CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div><div>12.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2764216CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div>12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div> <div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div> <div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div> <div>Público</div>	
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA	
		Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/11/2020 referente ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE	Procurador
<div>[+]</div>	10	17/11/2020 14:29:48	DEBORA LIMA BATISTA
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Analista Judiciária
		DECORRIDA PRAZO DE MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA	
	9	13/11/2020 00:01:03	SISTEMA CNJ
		(P/ advgs. de MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/10/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	
		(Pelo advogado/curador/defensor de MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA) em 05/11/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/10/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	
	7	26/10/2020 16:46:59	Jhonatan de Almeida Santil
		Para advogados/curador/defensor de MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/10/2020)	Analista Judiciário
<div>[+]</div>	6	23/10/2020 17:57:05	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA
		CONCEDIDO O PEDIDO	Magistrado
	5	23/10/2020 15:09:43	SISTEMA CNJ
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	
	4	23/10/2020 15:09:43	SISTEMA CNJ
		RECEBIDOS OS AUTOS	



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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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, contados 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

Carta nº 16091618



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

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois foi entregue cópia simples.
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16112834

Pag. 01701/01702 - carta_03 - INVALIDEZ



00030851

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5H8 FDGQL V8SSU AFSCB





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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01495/01496 - carta_02 - INVALIDEZ

00030748



Carta nº 16173298

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5H8 FDGQL V8SSU AFSCB





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

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000004765-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

LIDER		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 612.107.222-91	
4 - Nome completo da vítima:		MAURO MARIANO F. DE NORONHA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF: 612.107.222-91	
7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO		8 - Endereço: R: FLAMBOIAN	
9 - Número: 836		10 - Complemento:	
11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA		12 - Cidade: BOA VISTA	
13 - Estado: RN		14 - CEP: 69314184	
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM		16 - Tel (DDD): 95991168367	
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 3027		CONTA: 000047659	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Indicação: _____		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, 20/08/2020		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Promotor de Justiça	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6394/2020 - Registrado em: 10/07/2020 às 14h 49min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 30/04/2020 às 10h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: CONSOLAÇÃO DE MATOS

Bairro: CIDADE SATELITE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA(43), nascido(a) em 03/03/1977, sexo MASCULINO, união estável, exercendo a profissão de ASSISTENTE DE PRODUÇÃO, CPF Nº 612.107.222-91, País: BRASIL, natural de PRESIDENTE DUTRA-MA, filho(a) de TEREZINHA FERREIRA NORONHA e HERMENEGÍDIO ALVES DE NORONHA, endereço: FLAMBOIAN, Nº: 836, bairro: JARDIM PRIMAVERA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99167-6498.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MARCA: YAMAHA/XTZ 125E PLACA: NUK2839 ANO: 2012/2012 CHASSI: 9C6KE1250C0031378

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE NO DIA 30/04/2020 APROXIMADAMENTE AS 10 HORAS CONDUZIA MINHA MOTOCICLETA SENTIDO CENTRO/BAIRRO QUANDO AO ATRAVESSAR A AVENIDA CONSOLAÇÃO DE MATOS NO BAIRRO CIDADE SATELITE FUI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE CAUSOU A COLISÃO. INFORMO AINDA QUE NÃO SEI PRECISAR DADOS DA OUTRA MOTOCICLETA E QUE APÓS O OCORRIDO FUI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE

MAURO M. FERREIRA DE NORONHA

MAURO MARIANO FERREIRA DE
NORONHA
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6394/2020 - Registrado em: 10/07/2020 às 14h 49min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 30/04/2020 às 10h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: CONSOLAÇÃO DE MATOS

Bairro: CIDADE SATELITE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA(43), nascido(a) em 03/03/1977, sexo MASCULINO, união estável, exercendo a profissão de ASSISTENTE DE PRODUÇÃO, CPF Nº 612.107.222-91, País: BRASIL, natural de PRESIDENTE DUTRA-MA, filho(a) de TEREZINHA FERREIRA NORONHA e HERMENEGÍDIO ALVES DE NORONHA, endereço: FLAMBOIAN, Nº: 836, bairro: JARDIM PRIMAVERA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99167-6498.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MARCA: YAMAHA/XTZ 125E PLACA: NUK2839 ANO: 2012/2012 CHASSI: 9C6KE1250C0031378

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE NO DIA 30/04/2020 APROXIMADAMENTE AS 10 HORAS CONDUZIA MINHA MOTOCICLETA SENTIDO CENTRO/BAIRRO QUANDO AO ATRAVESSAR A AVENIDA CONSOLAÇÃO DE MATOS NO BAIRRO CIDADE SATELITE FUI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE CAUSOU A COLISÃO. INFORMO AINDA QUE NÃO SEI PRECISAR DADOS DA OUTRA MOTOCICLETA E QUE APÓS O OCORRIDO FUI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE

MAURO M. FERREIRA DE NORONHA
MAURO MARIANO FERREIRA DE
NORONHA
COMUNICANTE



LIDER		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 612.107.222-91	
4 - Nome completo da vítima:		MAURO MARIANO F. DE NORONHA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF: 612.107.222-91	
7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO		8 - Endereço: R: FLAMBOIAN	
9 - Número: 836		10 - Complemento:	
11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA		12 - Cidade: BOA VISTA	
13 - Estado: RJ		14 - CEP: 64314184	
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM		16 - Tel (DDD): 95991168367	
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 3027		CONTA: 000047659	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Indicação: _____		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, 20/08/2020		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Perceptor de Valores	

10/07/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 06/2020 referente a UC: 393916



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: 5400574

JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS

R. FLAMBOIAN, 836 ,

JARDIM PRIMAVERA

69314184 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
393916	06/2020	18-MAY-20 a 17-JUN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
186	01-JUL-20	R\$ 28,27

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
393916	06/2020	R\$ 28,27

836500000002.282700750007.000000000398.391606200056



14/08/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 539180



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: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh) 1141	VENCIMENTO 17-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19

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 539180	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19
------------------------	----------------	-----------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053





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

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

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

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

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAURO MARIANO F. DE NORONHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 612107222, 91,

do sinistro de DPVAT cobertura INTANDEZ da Vítima MAURO MARIANO F. DE NORONHA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 612107222, 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>R: SDPM. JACINTO SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CARANA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD): <u>95991168367</u>	

Local e Data: BOA VISTA, 20/08/2020

Assinatura do Declarante

30/04/2020

... Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

2001238937 30/04/2020 10:39:08 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 6

Paciente **MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA** Data Nascimento **03/03/1977** Idade **43 A 1 M 27 D** CNS **700402948499543** CPF **61210722291** Prontuário **00022938**
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 183576 SSP/RR 26/09/2008 M UNIAO PARDA PRESIDENTE DUTRA BRASILEIRA
Mãe **TEREZINHA FERREIRA NORONHA** Contato **HERMENEGILDO ALVES DE NORONHA(95) 99132-8122**
Endereço **RUA - PIRAIBA - 653 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR** Ocupação **SERVIÇOS GERAIS**

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **OUTROS** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **ERBEJONE.SIMPLICIO**

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

Anamnese de Enfermagem
GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
ACIDENTE COM CARRO C/ TRAUMA RAQUI-MODULAR

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

(1) AVALIAÇÃO DA NOBRE CIRURGIA (48:10 H)

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: erbejone.simplicio
Data Hora: 30/04/2020 10:39:40

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM-RR 1643 / RQE: 820



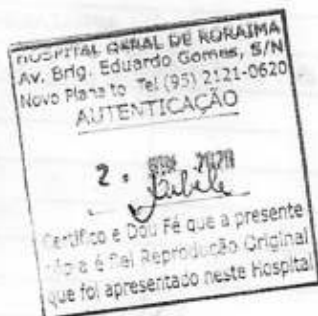
2001238937

NEUROCIRURGIA 20.04.2020 às 16:00 h

ACIDENTE MOTOR X MOTOR ÀS 04:00 - 04:30 P com
LUMBALGIA

- SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO
- GRASSOW 15, P.T.R.
- CT COLUNA FRATURA L ACRATAMENTO BORDA ANTERO
INTRACANAL CEFALICO COMPONENTE MURAL POSTERIOR
SEM FRATURA EM OUTROS NÍVEIS
- VD: FRATURA L1
- Q4. INTERNAÇÃO
- 2. COLETO RNM COLUNA CERVICO-LUMBAR
- 3. ANESTESIA
- 4. COLETO POUTI.

Dr



NIR

Anexo I

Quem: 01.05.2020

NIR

SUS 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

[illegible]

1 of 5





Nome **MAURO MARIANO FERREIRA DE NORANHA**
Data: 12/05/2020 Idade: 43A Procedência: HLI
Médico Solicitante: FABRICIO DE ALMEIDA

Cód. Pac.: 70210

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA DORSAL E LOMBAR

Protocolo:

Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação clínica:

- Fratura de L1.

Relatório:

- Mínimo desvio dorsal esquerdo, em decúbito.
- Fratura com colapso do platô superior do corpo vertebral de L1, com irregularidade no contorno (redução do volume somático em até 50%), associada a alteração de sinal alongada/colecção subligamentar adjacente, com espessura de até 0,8 cm, comprimindo o saco dural.
- Alteração de sinal com padrão de edema envolvendo difusamente o corpo vertebral de L1, com extensão aos pedículos, destacando-se à direita. Traves de baixo sinal nas ponderações no interior do corpo vertebral adjacente, relacionada a fratura no trabeculado ósseo.
- Discreta fratura com impactação no platô superior do corpo vertebral de L4 (metade direita), com processo edematoso no corpo vertebral, irregularidade do contorno, com extensão de edema ao pedículo deste lado. Há também um tênue foco edematoso no aspecto pósterio-superior do corpo vertebral neste nível (canto esquerdo), com extensão ao pedículo, podendo estar relacionada a alteração traumática.
- Fluido líquido facetário em L1-L2, reacional pós-traumático, destacando-se a direita.
- Edema ósseo no processo espinhoso de L1. A critério clínico, correlacionar com dados de TC para melhor análise óssea.
- Corpos vertebrais da coluna dorsal sem alterações significativas, exceto por pequenas hérnias de Schmorl nas placas terminais de D8 à D10.
- Leve hipertrofia degenerativa de interapofisárias lombares.
- Alteração de sinal (*desidratação*) difusa dos discos intervertebrais da coluna lombar. Hipersinal discal ao nível de D12-L1 e L1-L2, secundário pós-traumática.
- Incipiente hipohidratação discal na região discal mesotorácica.
- **L1-L2 a L3-L4:** Pequena protrusão discal posterior de base larga, comprimindo o saco dural e insinuando-se às bases foraminais. Destaca-se maior componente foraminal direito neste último nível, com sinais de rotura do anulo fibroso e apresentando contato com a raiz neural emergente.
- **L4-L5:** Abaulamento discal posterior difuso, com maior componente mediano, comprimindo o saco dural e apresentando sinais de rotura do anulo fibroso na linha média. Há também componente insinuando-se aos forames, sem determinar estreitamento significativo.
- **L5-S1:** Protrusão discal posterior de base larga, obliterando a gordura epidural e apresentando sinais de rotura do anulo fibroso. Ausência de compressão radicular expressiva.
- Não há evidência de protrusões discais difusas ou localizadas na região dorsal.
- O cone medular encontra-se com morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Medula espinhal com forma, volume e intensidade de sinal conservados.
- Canal vertebral íntegro, com dimensões habituais.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Radiologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 183576 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2008

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

FILIAÇÃO HERMENEGÍDIO ALVES DE NORONHA
TEREZINHA FERREIRA NORONHA

NATURALIDADE PRESIDENTE OUTRA - MA

DOC CRIMEM CERTID MASC 4183 FLS 64-V LTV A39
2 OF PRESIDENTE OUTRA - MA

612.107.222-91 RITA de Cássia Coelho de Araújo
2 VTA Diretora do ITOC

DATA DE NASCIMENTO 03/03/1977

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313778 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA **Data do acidente:** 30/04/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma contuso em coluna lombar com fratura de vértebra L1

Descrição do exame físico: Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 20°, extensão aos 10°, lateralização aos 15°, rotação aos 10°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna alterada, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes.

Resultados terapêuticos: Vítima fez tratamento clínico, fez fisioterapia 24 sessões, sem acompanhamento pós acidente.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em segmento lombar.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/10/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em segmento lombar em grau intenso.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200313778

Nome do(a) Examinado(a): MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Flamboian, 836, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 476499950

Data e local do acidente: 30/04/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 02/10/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Vítima de colisão moto/moto com consequente trauma contuso em coluna

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

Vítima fez tratamento clínico, fez fisioterapia 24 sessões, sem acompanhamento pós acidente

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

Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 20°, extensão aos 10°, lateralização aos 15°, rotação aos 10°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna alterada, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes.

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

Sim

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

Sim

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

coluna lombar: tensão paravertebral, dor a mobilização da coluna- limitação flexão/extensão /rotação lateral // dor a palpação

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

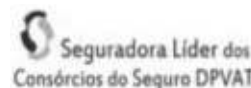
Segmento Lombar - Intenso - 75%

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


Dra. Regina Claudia Resendes Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRMRR 1032
RQE: 177



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246536/20

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

CPF: 612.107.222-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2020

Titular do CPF: MAURO MARIANO
FERREIRA DE NORONHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA : 612.107.222-91

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: 01/09/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246536/20

Número do Sinistro: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

CPF: 612.107.222-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2020

Titular do CPF: MAURO MARIANO
FERREIRA DE NORONHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/09/2020

Nome: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

CPF: 612.107.222-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

CPF: 020.134.582-07

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

