

## 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:**  
**2923443220201130180406**

### Processo 0828316-46.2020.8.23.0010 - (27 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 4847 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b>					
<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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 9	30/11/2020 18:04:06	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766517CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766517CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>					
(Pelo advogado/curador/defensor de CREUZA LINHARES DE MESQUITA)					
8	28/11/2020 00:01:12	em 27/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (09/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>					
7	17/11/2020 11:20:27	Para advogados/curador/defensor de CREUZA LINHARES DE MESQUITA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (09/11/2020)		Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judiciário	
<input type="checkbox"/> 6	09/11/2020 07:53:03	<b>DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO</b>		EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado	
5	03/11/2020 15:36:18	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>		SISTEMA CNJ	
4	03/11/2020 15:36:18	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>		SISTEMA CNJ	
3	03/11/2020 15:36:18	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b>		SISTEMA CNJ	
2	03/11/2020 15:36:17	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 1	03/11/2020 15:36:17	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>		Pôlly Weudson Fernandes de Souza Advogado	



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

---

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190588227**

**Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA**

**Data do Acidente: 03/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO**

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

**Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA**

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

Carta nº 14979231





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

---

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190588227**

**Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA**

**Data do Acidente: 03/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

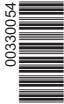
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 03/04/2019, emitido pelo Dr. SILVIO F. DOS REIS CRM nº 295 - RR, da Instituição INSTITUTO MÉDICO LEGAL - RR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Pag. 0010700108 - carta\_31 - INVALIDEZ

Carta nº 15003871

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: PJVGR T6HHE 4C8FF BFP8D

## PELDO 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:	567.618.482-53	4 - Nome completo da vítima:	CREUZA LINHARES DE mesquita
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	CREUZA LINHARES DE mesquita		6 - CPF:	567.618.482-53
7 - Profissão:	8 - Endereço:	RUa: SOKANE A	9 - Número:	137
11 - Bairro:	12 - Cidade:	BOA VISTA	10 - Complemento:	CASA
15 - E-mail:	francisco_belaire@gmail.com			
16 - Tel. (DDD): (95) 99154-6697				
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:				

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	013	CONTA: 350915 5
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>		
Nome do BANCO: <input type="text"/>		
(Informar o dígito se existir)		
(Informar o dígito se existir)		

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou				
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
<input checked="" type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				

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?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (na/nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
34										
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido										
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido										
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido										
38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____										
Assinatura da testemunha										
39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____										
Assinatura da testemunha										

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

BOA VISTA, 14/10/2019

Creuza Linhares de mesquita

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Simão Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Nº: 003573/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/02/2019 08:52 Data/Hora Fim: 14/02/2019 09:18

Origem: Polícia Judiciária Data: 14/02/2019

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/12/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Primavera

Logradouro: Cruzeiro do Sul

Ponto de Referência: Em frente de uma panificadora

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: CREUZA LINHARES DE MESQUITA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Marabá Sexo: Feminino Nasc: 14/09/1975  
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: Teresinha Linhares de Mesquita

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 567.618.482-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Telefone: (95) 99119-6270 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 384.500.971-34	Placa NUI-6942
Renavam 01038764642	Número do Motor KD08E1F411761
Número do Chassi 9C2KD0810FR411761	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Creuza Linhares de Mesquita	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003573/2019

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos, quando transitava conduzindo a motocicleta também já descrita, sendo à mesma de propriedade de seu companheiro VALDECY ALVES CHIMENDES, CPF 384.500.971-34. Onde foi colidida por um veículo que transitava em sentido contrário e tentou fazer uma ultrapassagem naquele momento (NÃO SABENDO INFORMAR ÀS CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADORAS, MAS QUE O CONDUTOR PERMANECEU NO LOCAL ATÉ SEU RESGATE). Que sofreu lesões corporais e foi socorrida pelo SAMU até o HGR. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat 042000000

Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

Creuza L de Mesquita  
Creuza Linhares de Mesquita  
(Vítima / Comunicante)

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







## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 2126

EQUIPE SAMU BV  
BRAVO I

UNIDADE

EQUIPE: *Dr. Silve / cord. Luis*

192

Paciente: *CEUZA LINHARES MESQUITA*Nacionalidade: *BRASILEIRA*Endereço: *Brasília do Sul*Idade: *43*Sexo: *Feminino*

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Bairro: *J.D. Morada*

Nº 2234+

DATA: *08/08/18*

HORA JUN:

08:10

BASE (X) VIA ( ) ( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

*Dr. Edadil*

HORA AT:

08:18

08:26

CELULAR

X SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL [ ] OUTRO

*J/10 -> 08:37*

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

## AUTOMÓVEL

Capotamento  
 Atropelamento  
 Colisão AUTO x  
 Motorista  
 Passageiro Banco dianteiro  
 Passageiro Banco traseiro

## PEDESTRE

Atropelamento  
 [ ] VIA  CALÇADA

## AUTOMÓVEL

Uso do cinto  
 Vítima projetada  
 Vítima encarcerada  
 Air Bag Acionado

## MOTOCICLETA

Colisão MOTO X *Carro*  
 Queda de moto  
 Atropelamento  
 Queda de Bicicleta  
 Piloto

## BICICLETA

Com capacete  
 Sem capacete

## CICLISMO

[ ] Garupa

## VIOLENCIA

FAB  
 FAF  
 Espalhamento  
 Violência Doméstica  
 Violência Sexual  
 Tentativa de suicídio

Outro:

## OUTROS

Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto  
 Queda, Altura aprox.:  
 Acidente Doméstico  
 Queimadura Agente  
 Afogamento  
 Agressão p/ animal  
 Outros:

## VIAS AÉREAS

Livre  
 Obstrução Parcial  
 Obstrução Total  
 Corpo estranho  
 Edema de Glote  
 Outro:

## VENTILAÇÃO

Apréxia  
 Disponéia  
 Bradipneia  
 Taquipneia  
 Roncos  
 Sibilos  
 Respiração paradoxal

## CIRCULAÇÃO

Bradicardia  
 Taquicardia  
 Arritmico  
 Enchimento capilar acima de 2"  
 Ausente  
 Cianose central  
 Cianose de extremidade

## AVAL NEUROSCICA

AVDN  
 Miase  
 Midriase  
 Anisocoria [ ] D [ ] E  
 Aparentemente Alcoolizado  
 DNV

Hora: *08:20*P.A mm/hg: *130/80*F.C Bpm: *80*F.R Mpm: *20*Sat O<sub>2</sub> %: *94*T. Axilar °C: *37*

Glicemia

Esc. visual  
"DOR"

APAGAR

Início: *08:20*Fim: *08:38*

80

20

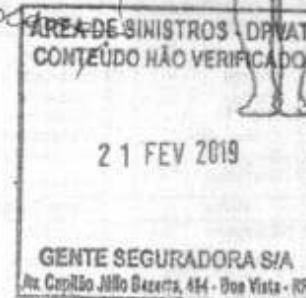
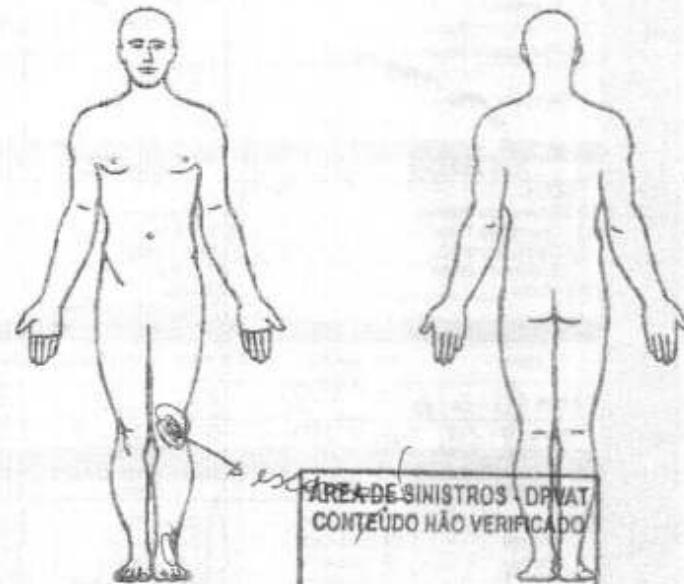
97

Pulse: *130/80*Pulse: *80*Pulse: *20*Pulse: *97*Pulse: *130/80*Pulse: *80*

PERÍCIA DO PACIENTE	Descrição:		
	Nome do Receptor:		
	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.		
	Assinatura do Paciente:	RG:	
	TESTEMUNHA 01:	RG:	
	TESTEMUNHA 02:	RG:	

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	02 máscara descolorida 02 fios de suture P e 6	
Perda de líquido:	BCF:		
<input checked="" type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão		

Abertura Ocular	Classificação	Basico
Olhos abertos provisoriamente à estimulação	Esportânea	+
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação de extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Outros fatores devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Vocal	Basico	
Resposta adequada relativamente ao nome, local e dia	Orientada	3
Resposta não orientada mas comunicativa coerente	Conduta	4
Palavras isoladas ininteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interferiu com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta cutânea	Basico	
Comprimento de ordens com 2 sibôs	A ordem	5
Elevação do nível acima da nível da clavícula ao estiramento da cabeça ou pescoço	Locomotoras	5
Fleksião rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente não anormal	Fleksião normal	4
Fleksião rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal	Fleksião anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limitou resposta motora	Não testável	NT



GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Equipe ocasionada para ocorrer no trânsito a colisão moto x VAN, vítima encontrada sentada na cadeira plástica com capacete, vítima se levantou e sentou na cadeira, verbalizando orientação, lucida com respostas no joelho @, sobre a base da UVE Verificou os serviços preste os informados ao médico regulador que encaminhou ao trauma

SAMU 192-BV  
CONFIR PGM  
CRISTAL

EM 25/01/19

Stephanie  
Rubrica

Teu Geral  
Cód. 00342249

Assinatura e carimbo do profissional



Comunicação  
comunique informe  
este número

0125803-6

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Gómez, 891 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003704911

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DATA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
*SETEMBRO/2019	16/10/2019	280	295,37

VALDECY ALVES CHIMENTES  
R. SOLANEA 137 Q 845 LT 62 LAURA MOREIRA  
RESIDENCIAL MANAIRA

CEP: 69.318-181 - BOA VISTA

RUE: 7.001.28.06.022600

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	18587		Atual: 20/09/2019
Anterior:	18307		Anterior: 23/08/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 20/10/2019
Consumo Medido:	280		Emissão: 19/09/2019
Consumo Faturado:	280	FCAM	Apresentação: 20/09/2019

NORMAL		28			
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	81	1410801899M.1510821	1.1.1.2	217	
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/Ano		CONSILIO	280 A R\$ 0,766100 =	214,50	
AGO/19		CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)		1,09	
JUL/19		CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		18,35	
JUN/19		MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)		2,54	
MAI/19		JUROS DE HORA POR ATRASO (2X)		3,33	
ABR/19		JUROS POR ATRASO (2X)		6,63	
MAR/19		JUROS DE HORA DE IMPORTE (2X)		23,43	
FEV/19		ILUMINACAO PUBLICA		25,50	
JAN/19					
DEZ/18					
NOV/18					
OUT/18					
SET/18					
AGO/18					
JUL/18					
JUN/18					
MAI/18					
ABR/18					
MAR/18					
FEV/18					
JAN/18					
DEZ/17					
NOV/17					
OUT/17					
SET/17					
AGO/17					
JUL/17					
JUN/17					
MAI/17					
ABR/17					
MAR/17					
FEV/17					
JAN/17					
DEZ/16					
NOV/16					
OUT/16					
SET/16					
AGO/16					
JUL/16					
JUN/16					
MAI/16					
ABR/16					
MAR/16					
FEV/16					
JAN/16					
DEZ/15					
NOV/15					
OUT/15					
SET/15					
AGO/15					
JUL/15					
JUN/15					
MAI/15					
ABR/15					
MAR/15					
FEV/15					
JAN/15					
DEZ/14					
NOV/14					
OUT/14					
SET/14					
AGO/14					
JUL/14					
JUN/14					
MAI/14					
ABR/14					
MAR/14					
FEV/14					
JAN/14					
DEZ/13					
NOV/13					
OUT/13					
SET/13					
AGO/13					
JUL/13					
JUN/13					
MAI/13					
ABR/13					
MAR/13					
FEV/13					
JAN/13					
DEZ/12					
NOV/12					
OUT/12					
SET/12					
AGO/12					
JUL/12					
JUN/12					
MAI/12					
ABR/12					
MAR/12					
FEV/12					
JAN/12					
DEZ/11					
NOV/11					
OUT/11					
SET/11					
AGO/11					
JUL/11					
JUN/11					
MAI/11					
ABR/11					
MAR/11					
FEV/11					
JAN/11					
DEZ/10					
NOV/10					
OUT/10					
SET/10					
AGO/10					
JUL/10					
JUN/10					
MAI/10					
ABR/10					
MAR/10					
FEV/10					
JAN/10					
DEZ/09					
NOV/09					
OUT/09					
SET/09					
AGO/09					
JUL/09					
JUN/09					
MAI/09					
ABR/09					
MAR/09					
FEV/09					
JAN/09					
DEZ/08					
NOV/08					
OUT/08					
SET/08					
AGO/08					
JUL/08					
JUN/08					
MAI/08					
ABR/08					
MAR/08					
FEV/08					
JAN/08					
DEZ/07					
NOV/07					
OUT/07					
SET/07					
AGO/07					
JUL/07					
JUN/07					
MAI/07					
ABR/07					
MAR/07					
FEV/07					
JAN/07					
DEZ/06					
NOV/06					
OUT/06					
SET/06					
AGO/06					
JUL/06					
JUN/06					
MAI/06					
ABR/06					
MAR/06					
FEV/06					
JAN/06					
DEZ/05					
NOV/05					
OUT/05					
SET/05					
AGO/05					
JUL/05					
JUN/05					
MAI/05					
ABR/05					
MAR/05					
FEV/05					
JAN/05					
DEZ/04					
NOV/04					
OUT/04					
SET/04					
AGO/04					
JUL/04					
JUN/04					
MAI/04					
ABR/04					
MAR/04					





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

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)  
Central de atendimentos matrimoniais: 0800 1546 / Outras modalidades: 0800 072 17 00

DPVAT (para reclamações e alegações, 24h por dia): 0800 022 00 00 ; DPC (para delitos e omissões de lei): 0800 022 12 00 ; 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 ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Simeão Araújo  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422 / 04, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário  
CREUZA LINHARES DE MESQUITA inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482, 53,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CREUZA LINHARES de mesquita  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482 / 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 Lider-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 ESTRELA CELESTE</u>	Número:	<u>998</u>	Complemento:	<u>CASA</u>	
Bairro:	<u>ARACELIS</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>franciscozelan@gmail.com</u>				CEP:	<u>69.315-682</u>
					Tel.(DDD):	<u>(65) 99154-6697</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 14/10/2019

Francisco Simeão Araújo  
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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)**  
Fone: 0800-1598 / Outras localidades: 032-32.01.01

#### 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:

A Circular SUSEPE 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.

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 COFET.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO SIMEÃO APAÚJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422 , 04 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

**CEUZA LINHARES de mesquita** Inscrito (a) no CPF sob o No 567.618.482-53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CREUZA LINHARES de mequim

inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482-153, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão:  Bem-vindo(a) ao [sistema](#)

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA ESTRELA CELESTE

Número:

**Complemento:**

### Bairros

Estado:

CASA  
CEP 69.315-682

E-mail: franciscobeltran@gmail.com

64-315-082  
Tel.(DDD):  
05199151 6000

Local e Data: Boa Vista, RR 14/10/2019

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Valdecy Alves Chimentes

RG nº 172 4202, data de expedição 02/09/16

Órgão SSP/GO, portador do CPF nº 384 500 971-34

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

rua Solânia, nº 137,

complemento centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Cruzado 1 mosquito, cujo o condutor era  
Cruzado 1 mosquito.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda NXR 160 Bros Ano: 2014

Placa: NVI 6942 Chassi: 9C2VCD0810FR411761

Data do Acidente: 03/11/2018

Local e Data:

Boa Vista - RR 14 Fevereiro 2019

Valdecy Alves Chimentes

Assinatura do Declarante

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



Cartório de 3º Ofício de Boa Vista  
Daniel Antônio - Tablado 04 - 1º andar  
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro - CEP 69010-000  
Fone: (65) 3227-6166  
E-mail: [cartorio3@bol.com.br](mailto:cartorio3@bol.com.br)

Assinatura do Condutor  
Assinatura Autonoma

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEVEREIRO DE 2019

GENTE SEGURO S/A  
Av. Presidente Vargas, 434 - Boa Vista - RR

Impresso por: michele.cavalcanti  
Data/Hora: 03/12/2018 08:48:43

Carimbo e Assinatura do Médico

# PASTA PARA PRONTUÁRIO

HU: HOSPITAL GUTTENBERG  
Rua: Coronel Pinto, 638 - Centro / Tel: (65) 2121-7471

AUTEN  
GAC-RC

*Peço e Dou Fé Que a Ficha que está anexada é uma Reprodução do  
que Foi apresentado no Hospital*  
Est. Vista-RR. 08 de 2019

*Recebi a Documentação de Mensagem*

3107500



**PA**

PLANO DE

F.A.Nº 46810/2001  
MEDICO

03/04/2001 8:18:46

EVOLUÇÃO MÉDICA

COOPERPAI - MED

Associado 310755/00 Prontuário Anterior

Nome CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Endereço R: JOSE ALEIXO, 1794

Bairro ASA BRANCA Cidade BOA VISTA

Identidade Nascim. 14/09/1975 Idade 25

Resgate PARTICULAR Procedencia RESIDÊNCIA

Motivo CONSULTA DR ROMUALDO

Sexo FEMININO

**DATA**  
**HORA**

*Exame...*

~~24/01/18~~

*Discessos "causados" ao CSE (E)  
discessos & discessos c/ dor ?? na  
parte de cima  
H/ osteoblastite  
letração de 6 dias*

~~29/11/18~~

*Discessos Serrano Barba  
OFTALMOLOGIA  
CRM-RN 145*

~~13/12/18~~

*V56 - M 1m*

*S*

*03/07/18 Poliambulatório  
REFRAT. SIST. M*

*✓ SD*

*Dr. Max Sampaio  
OFTALMOLOGISTA  
Medicina do Trabalho  
CRM-RN 995  
995 995 995 995*



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

EVOLUÇÃO MÉDICA

Creza Gimliano di mosquita

DATA  
HORA

## EVOLUÇÃO

310755-00

13  
9  
7

Stonecutter

Excess Phosphate

## Geo II. Goldaceae

Wallace

Dr. Júlio César  
Cunha e Oliveira  
Cruzeiro - 93

8/01/18

## Dermatologie

Refer queda de moto em novembro/2018  
evoluindo com hiperemia em órbitas  
exoníadas. Firmas e hiperemose em colânea  
bulloso de prumo em conduto auditivo externo  
hózomas.

CD:  $\text{vir} \in \mathcal{Z}_1$

DK 31

2) alontânea 11.  
alfa areutina 21  
Creme

mandui.

2) vinie 20%  
ac. valiu 1.00 5%  
0.50 5%  
D-pantenol 1:1

per. 3) ane  
otorino

Elizabeth Martin  
Demographic  
Sept 2015



N. 14.09.1971 EVOLUÇÃO DE AMBULATÓRIO

OME:

(após) linfonodos de nascença

REG.

310755

DATA: 26/04/10

ERVIÇO DE

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  
OU DOENÇA OCUPACIONAL  NÃO

1ª CONSULTA

RETORNO

Evolução

Cocura seu AO (palp.)  
Zir AO = biliarite PTO e PTN (> OE)  
OE = ~~...~~ PTE c/ tumor benigno.

TERAPÉUTICA

AVI 20/40  
S/C 20/40

Col: Shampoo muito + febre alta +  
genteal + hemorragia p/  
exérese tumor PTO

MÉDICO - CRM

Dra. Imery Sampaio  
OFTALMOLOGISTA  
CRM RR 1518

DATA: 11/04/10

SERVIÇO DE

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  
OU DOENÇA OCUPACIONAL  NÃO

1ª CONSULTA

RETORNO

Evolução

Viu c/ pui- op. OK.

Col: Marcar cirurgia.

MÉDICO - CRM

DATA: 18/07/18

SERVIÇO DE

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  
OU DOENÇA OCUPACIONAL  NÃO

1ª CONSULTA

RETORNO

Evolução

Dermatologia

Relate que não faz uso de medicamentos pesni-  
tos. Há 10 dias sofreu outro acidente de moto  
com escoriações e formação de tecidos entemate-  
ravelmente desomatizados em perna (E) (Koebner)

TERAPÉUTICA

Alergia:   
HDP: Mioma

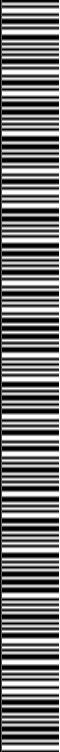
CD: monoxicil 60 dias.

midrocortisona 1% face

Dra. Isabel Parra  
MÉDICA  
CRM-RR 1518

Silvias

MÉDICO - CRM



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

**NOME:** CREUZA LINHARES DE MESQUITA

**IDADE:** 44 ANOS      **DN.:** 14.09.1975

**DR<sup>(a)</sup>:** MAX      **DATA:** 10.09.19

**ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ**

Irregularidade da porção média do tendão flexor do 1º dedo, com discreto aumento volumétrico e espessamento de provável natureza residual/sequelar.  
Partes moles do pé de aspecto anatômico.

Ausência de formações expansivas ou massas no pé direito.

Tendão de aquiles, tendões extensores e demais flexores de aspectos normais.

Ligamento talofibular de aspecto preservado.

Ausência de formações expansivas ou massas no pé direito.

**ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

Ao exame de joelho esquerdo, observa - se integridade das partes moles subcutâneas.

**Menisco medial e lateral com discretas extrusões, notando-se proximidade femuro tibial correspondente e osteófitos femuro patelares e tibiais adjacentes, configurando alterações degenerativas.**

Tendões patelar e quadríncipital integros.

LCL e LCM preservados.

Fossa poplítea sem cistos ou massas.

**LIGAMENTOS CRUZADOS NÃO CARACTERIZADOS NO PRESENTE ESTUDO, SE NECESSÁRIO CORRELACIONAR COM RNM.**

  
MÉDICO RESPONSÁVEL

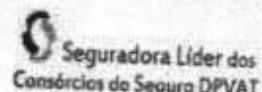
DR. JEAN CARLOS MEDEIROS LIMA  
CRM 1279 / RR







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361209/19

**Vítima:** CREUZA LINHARES DE MESQUITA

**CPF:** 567.618.482-53

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/12/2018

**Titular do CPF:** CREUZA LINHARES DE MESQUITA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### FRANCISCO SIMEAO ARAUJO : 711.335.422-04

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

#### CREUZA LINHARES DE MESQUITA : 567.618.482-53

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 5194/74.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019  
Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO  
CPF: 711.335.422-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190588227      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CREUZA LINHARES DE MESQUITA      **Data do acidente:** 03/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.  
P 1/5

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

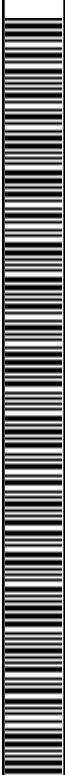
**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 1642/2019 DE 03/04/2019, QUESITO 6º: NÃO, ACOSTADO AO SINISTRO 3190166000.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190588227      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CREUZA LINHARES DE MESQUITA      **Data do acidente:** 03/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

P 1/5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

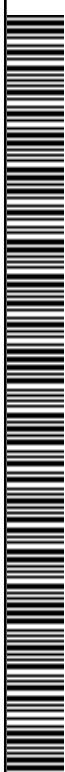
**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 1642/2019 DE 03/04/2019, QUESITO 6º: NÃO, ACOSTADO AO SINISTRO 3190166000.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Creuza Linhares de Mesquita  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: União Estável  
PROFISSÃO: autônoma RG: 197645 SSP/RR  
CPF: 567618482-53 ENDEREÇO: Rua Solânea  
BAIRRO: Laura Moretta CIDADE: Boa Vista - RR  
CEP 69.318-181

VÍTIMA: Creuza Linhares de Mesquita  
CPF: 567618482-53 DATA DO ACIDENTE: 03/12/18  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### OUTORGADO:

NOME: Francisco Simeão Araujo  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Administrador  
Nº DO RG: 185.491 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 03/03/2017  
Nº CPF: 711.335.422-04  
ENDEREÇO: Rua Estrela Celeste ,998 – Bairro :Profº Aracelis Souto Maior



### 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, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista - RR, 14 de Fevereiro de 2019

Creuza Linhares de Mesquita  
Assinatura

**DANIEL  
AQUINO**

54-1-5c6176d1-8943  
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"CREUZA LINHAES DE MESQUITA"

Em testemunha da verdade, LFB  
Ou que dou 14 Boa Vista/RR, 14 de fevereiro de 2019.  
Consulta o(s) selo(s) abaixo em cidades.portalselos.com.br  
RECIFR166296TOKZSN1BUD24ET69

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 3.00

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361209/19

**Vítima:** CREUZA LINHARES DE MESQUITA

**CPF:** 567.618.482-53

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CREUZA LINHARES DE MESQUITA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### FRANCISCO SIMEAO ARAUJO : 711.335.422-04

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

#### CREUZA LINHARES DE MESQUITA : 567.618.482-53

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: 16/10/2019  
Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO  
CPF: 711.335.422-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA