

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2929179020201206150709

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Reales 					
Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência					
Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória					
Filtros 					
Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor					
Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à					
Descrição:					

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
	10	06/12/2020 15:07:09	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	10.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770303CONTESTACA001.pdf	Público
	10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770303CONTESTACA0Anexo02.pdf	Público
	10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	9	02/12/2020 17:17:18	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 02/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	8	01/12/2020 16:47:55	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: SAMIR DE ARAÚJO XAUD habilitado até 01/03/2021 (90 dias)	Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária
	7	01/12/2020 16:46:13	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária
	6	21/11/2020 13:35:07	CONCEDIDO O PEDIDO	NILDO INÁCIO Magistrado
	5	20/11/2020 18:06:07	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
	4	20/11/2020 18:06:07	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
	3	20/11/2020 18:06:07	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	20/11/2020 18:06:07	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Caracará	SISTEMA CNJ
	1	20/11/2020 18:06:07	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	LLIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado



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

Processo: 08008929620208230020

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/05/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 08/05/2018 após 4 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

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

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 21/01/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a**

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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

⁸ art.

1º

(...)

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

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARACARAI, 2 de dezembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **CARACARAI**, nos autos do Processo nº 08008929620208230020.

Rio de Janeiro, 2 de dezembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180254708**

Vitima: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **21/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254708**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12924188



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3180254708
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180254708** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13027853

A/C: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180254708
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003408

Conta: 000000310-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

924.949.862-49

Nome completo da vítima

Gilse Elaine de Souza Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilse Elaine de Souza Silva	CPF titular da conta 924.949.862-49	Profissão Servidora Pública
Endereço Rua: P-7	Número 21	Complemento
Bairro São Francisco	Cidade Caracará	Estado Roraima
Email	CEP 69.360-000	Telefone (DDD) (95) 99129-7330

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **BRADESCO (237)** ☐ **BANCO DO BRASIL (001)** ☐ **ITAU (341)**
☐ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
CAIXA 104
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
3408 0310 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 15 de maio de 2018
Local e Data

x Gilse Elaine de Souza Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018
Salvina

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazerra, 484 - Boa Vista - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO Nº	750 /2018	Hora	14:45	Data	08/05/2018
-------------	-----------	------	-------	------	------------

DADOS DO (A) COMUNICANTE:

NOME	ADÃO SANTOS DE SOUZA				
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	Estado Civil	CASADO	Profissão	FUNCIONÁRIO PÚBLICO
PAI	VALNEI PEREIRA DE SOUZA				
MÃE	ZELMA DOS SANTOS AMORIM				
IDENTIDADE	231311	Órgão Expedidor	SSP/RR	CPF	762986042-00
ESCOLARIDADE	SUPERIOR COMPLETO		Sexo	MASC	
NATURALIDADE	ITAITUBA- PA	DATA NASC.	21/08/1980	Idade	37
ENDEREÇO	VILA DO APIAU				
BAIRRO	ZONA RURAL	Cidade/UF	MUCAJÁ	TEL/OPER.	99129-7330

DADOS DA OCORRÊNCIA

LOCAL DO FATO	NA ENTRADA DA VILA DE CAMPOS NOVOS				BAIRRO	
CIDADE		Hora	14:00	Dia	21/01/2018	
AUTOR(ES):						
ENDEREÇO:						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

RELATO DO FATO: PERDA DE DOCUMENTOS

Senhor Delegado:

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil o comunicante acima qualificado para informar que conforme data e hora acima citada o comunicante e sua esposa GILSE ELEAINE DE SOUZA SILVA (GARUPEIRA) estavam pilotando uma motocicleta HONDA TITAN 150, COR PRETA, PLACA NAN 1247, CHASSI 9C2KC1610AR044295 quando veio a estourar o pneu traseiro. QUE devido a este fato o comunicante sofreu várias escoriações e fratura no seu ombro esquerdo. QUE a sua esposa também sofreu escoriações e quebrou a clavícula esquerda. QUE todos os dois foram socorridos pelo SAMU e levado ao hospital de Mucajá e posteriormente ao HGR. Era o que tinha a comunicar.

JAMY RODRIGUES
Agente de Polícia Civil

Adão Santos de Souza
ADÃO SANTOS DE SOUZA
Comunicante

- ☐ Aguardar novos fatos em cartório.
- ☐ Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
- ☐ Encaminhe-se a(o) _____.
- ☐ Intime-se _____.
- ☐ Junte-se _____.
- ☐ Aguardar Representação da vítima.
- ☐ Ao Delegado Titular
- ☐ Outros:

Caracará/RR ____ de ____ 2017.

Delegado de Polícia Civil

- ☐ Aguardar novos fatos em cartório.
- ☐ Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
- ☐ Encaminhe-se a(o) _____.
- ☐ Intime-se _____.
- ☐ Junte-se _____.
- ☐ Aguardar Representação da vítima.
- ☐ Ao Delegado Titular
- ☐ Outros:

Caracará/RR ____ de ____ 2017.

Delegado de Polícia Civil

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzera, 404 - Boa Vista - RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilene Elaine de Souza Silva

CPF da Vítima

924.949.862-49

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RJ

Boa Vista 15 de maio de 2018

Local e Data

Gilene Elaine de Souza Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



UNIDADE: BRAVO (Mucajaí)

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: Gilson Elaine de Souza

EQUIPE: Mayle / P. Claudio

Nacionalidade: Brasileira

Raça:

☐ Branca

☐ Negra

☒ Parda

☐ Amarela

☐ Indígena - Etnia:

Sexo:

☐ M ☒ F

Endereço: Rua 07 do

Ponto de Referência: Entrada de campo novo

Telefone:

Nº da Ocorrência: 1212

Data: 21/05/18

Hora do Acionamento: 02:27

Médico(a) Regulador(a): Anderson

Hora Cegada no Local: (J/10): 02:40

MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio:

Outros:

AUTOMÓVEL

- ☐ Atropelamento
- ☐ Capotamento
- ☐ Colisão X
- ☐ Motorista
- ☐ Passageiro dianteiro
- ☐ Passageiro traseiro

MECANISMOS DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Víma projetada
- ☐ Colisão X
- ☐ Motorista

MOTO / BICICLETA

- ☐ Acidente com moto X
- ☒ Queda de moto: ☒ Com capacete ☐ Sem capacete
- ☐ Bicicleta
- ☐ Queda de bicicleta
- ☐ Condutor
- ☐ Passageiro

VIOLÊNCIA

- ☐ Agressão física
- ☐ Espancamento
- ☐ FAB
- ☐ FAF
- ☐ Tentativa de Suicídio
- ☐ Violência doméstica
- ☐ Violência Sexual

OUTROS

- ☐ Acidente de trabalho
- ☐ Local ☐ Trajeto
- ☐ Queda altura aprox.:
- ☐ Acidente doméstico
- ☐ Queimadura agente
- ☐ Agressão por animal
- ☐ Outros:

VIAS AÉREAS

- ☐ Apnéia
- ☐ Bradipnéia
- ☐ Dispnéia
- ☐ Eupnéia
- ☐ Obstruída
- ☐ Respiração Ruidosa
- ☐ Taquipnéia

VENTILAÇÃO

- ☐ Abolida
- ☐ Ferida aspirativa
- ☐ Hiperimpanismo
- ☐ M.V. ausente
- ☐ M.V. diminuído
- ☐ Maciez

CIRCULAÇÃO

- ☐ Arritmico
- ☐ Ausente
- ☐ Bradicardia
- ☐ Enchimento capilar > 2s
- ☐ Taquicardia

AValiação Neurológica

- ☐ AVDN
- ☐ DNV
- ☐ Miose
- ☐ Midriase
- ☐ Anisocoria
- ☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES		Temp. °C		Esc. Visual anal. EVA "DOR"		Glicemia		APGAR	
Inicio	100	P.A mmHg	70	F.C bpm	123	Sat O ₂ %	97		
Fim									

PELE

- ☐ Cianótica
- ☐ Corada
- ☒ Fria
- ☐ Pálida
- ☐ Quente
- ☐ Úmida ☐ Seca

PELVE

- ☐ Contusão
- ☐ Escoriações
- ☐ Dor
- ☐ Instabilidade

CABEÇA

- ☐ Afundamento
- ☐ Contusão
- ☒ Escoriação
- ☐ Fer. Penetrante
- ☐ Hematoma
- ☐ Laceração

COLUNA DORSAL

- ☐ Contusão
- ☐ Hematoma
- ☐ Dor: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa
- ☐ Deformidade

AValiação Secundária

FACE

- ☐ Contusão
- ☒ Escoriações
- ☐ Lacerações
- ☐ Ferimento ocular

PESCOÇO

- ☐ Desvio de traqueia
- ☐ Enfiamento subcutâneo
- ☐ Escoriações
- ☐ Hematoma
- ☐ Lacerações

TÓRAX

- ☐ Escoriações
- ☐ Lacerações
- ☐ Resso paradoxal
- ☐ Tamponamento
- ☐ Tórax instável

ABDOME

- ☐ Distendido
- ☐ Doloroso
- ☐ Em tábua
- ☐ Escoriações
- ☐ Evisceração
- ☐ Respiração Ruidosa

AValiação Cardíaca

- ☐ Ritmo Sinusal
- ☐ Taquicardia
- ☐ Bradicardia
- ☐ Flutter

- ☐ Fibrilação atrial
- ☐ Fibrilação ventricular
- ☐ Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Cardiovascular
- ☐ Metabólica
- ☐ Neurológica
- ☐ Psiquiátrica
- ☐ Respiratória
- ☐ Aborto
- ☐ Digestiva
- ☐ Infecçiosa
- ☐ Obstétrica
- ☐ Pediátrica

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Alergias
- ☐ Cardiopatia
- ☐ Diabetes
- ☐ HAS
- ☐ Sequela AVC
- ☐ ÓBITO
- ☐ INDETERMINADA
- ☐ Medicamentos em uso:

GRAVIDADE COMPROVADA:

☐ ILESO

☐ PEQUENA

☐ MÉDIA

DESFECHO DO CHAMADO

- ☐ Cancelamento
- ☐ Não se encontrava no local
- ☐ Trote
- ☐ Recusa de atendimento
- ☐ Recusa de hospitalização
- ☐ Bombeiro no local

- ☐ Polícia Militar
- ☐ SMTRAN
- ☐ PRF

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- ☐ Guarda Municipal
- ☐ Bombeiro
- ☐ DETRAN

- ☐ Iniciada as: : : RCP com sucesso
- ☐ Término as: : : RCP sem sucesso

OBS:

- ☐ Atendido no local
- ☐ Grande Trauma - GT
- ☐ Pronto Atendimento - PAAR
- ☐ Hospital Coronel Mota - HCM

- ☐ Policlínica Cosme e Silva - PCCS
- ☐ Hospital Santo Antônio - HCSA
- ☐ HMINEN
- ☐ Hospital das Clínicas - HCL / RR
- ☐ Hospital Lette Iris - HLI
- ☐ Hospital José Guedes Catão

PERTENCES
(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 / MUCAJAI - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____

RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____

Movimentos fetais: _____

Perda de Líquido _____

BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

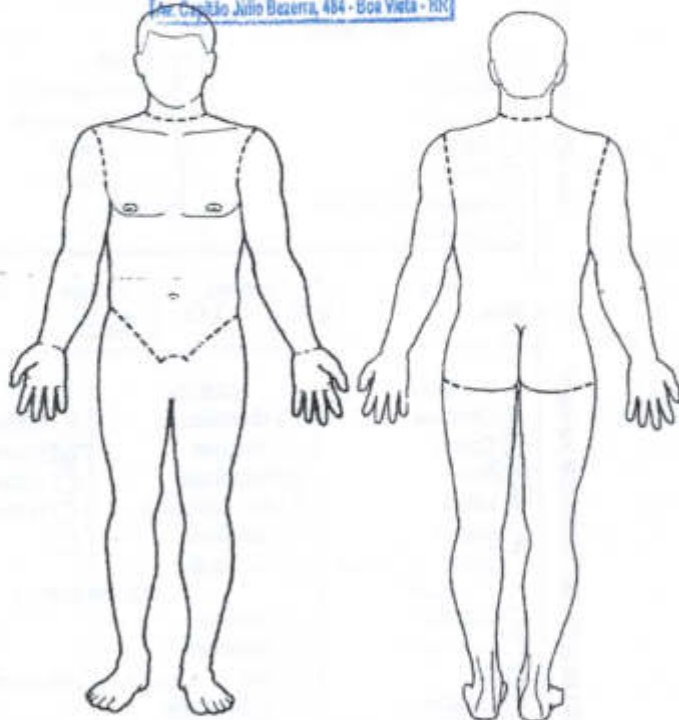
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

1.	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

paciente vítima de acidente de moto e q estava na ocorrência da moto com seu esposo p/ru de moto estavam paciente desorientado, confuso TCE com hemorragia no olho esquerdo e com fratura escapula com fraturas nos membros com possível fratura no braço esquerdo



UNIDADE: BRAVO (Mucajaí) EQUIPE: Mayle / P. Claudio
Paciente: Gilberto Elaine de Souza 28 anos
Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia: Sexo: ☐ M ☒ F
Endereço: Av. 07 do
Ponto de Referência: Entrada de campo novo Telefone:
Nº da Ocorrência: 1212 Data: 21/05/18 Hora do Acionamento: 02:27
Médico(a) Regulador(a): Andressa Hora Cegada no Local: (J/10): 02:40
MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio: Outros:

AUTOMÓVEL		MECANISMOS DE TRAUMA	
☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro dianteiro ☐ Passageiro traseiro	☐ Uso do cinto: ☐ Sim ☐ Não ☐ Vítima projetada ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ MOTO / BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☒ Queda de moto: ☒ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ Condutor ☐ Queda de bicicleta ☐ Passageiro	☐ VIOLÊNCIA ☐ Agressão física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Violência doméstica ☐ Violência Sexual	☐ OUTROS ☐ Acidente de trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda altura aprox.: ☐ Acidente doméstico ☐ Queimadura agente ☐ Agressão por animal ☐ Outros: <u> </u>

VIAS AÉREAS		AVALIAÇÃO INICIAL	
☐ Apnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Respiração Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ VENTILAÇÃO ☐ Abolida ☐ Ferida aspirativa ☐ Hiperimpanismo ☐ M.V. ausente ☐ M.V. diminuído ☐ Maciez	☐ CIRCULAÇÃO ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES
Início Hora: 100 P.A mmHg: 70 F.C bpm: 123 F.R Mpm: 97 Sat O₂ %: 97 Temp. °C: Esc. Visual anal. EVA "DOR": Glicemia: APGAR:

PELE		CABEÇA		AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	
☐ Cianótica ☐ Corada ☒ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Afundamento ☐ Contusão ☒ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ FACE ☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ PESCOÇO ☐ Desvio de traqueia ☐ Enfiamento subcutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ TÓRAX ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Risco paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável

PELVES		COLUMNA DORSAL		ABDOMEN	
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Respiração Ruidosa	☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avulsão

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC ☐ ÓBITO	☐ Medicamentos em uso: <u> </u>

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ OBITO ☐ INDETERMINADA

DESFECHO DO CHAMADO		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote	☐ Recusa de atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF	☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN

RCP: ☐ Iniciada as: ☐ Término as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP não realizado ☐ RCP sem sucesso

OBS:

DESTINO: ☐ Atendido no local ☐ Grande Trauma - GT ☐ Pronto Atendimento - PAAR ☐ Hospital Coronel Mota - HCM ☐ Policlínica Cosme e Silva - PCCS ☐ Hospital Santo Antônio - HCSA ☐ Hospital das Clínicas - HCF / RR ☐ Hospital Lette Iris - HLI ☐ Hospital José Guedes Catão

PERTENCES
(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 / MUCAJAI - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de Líquido _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

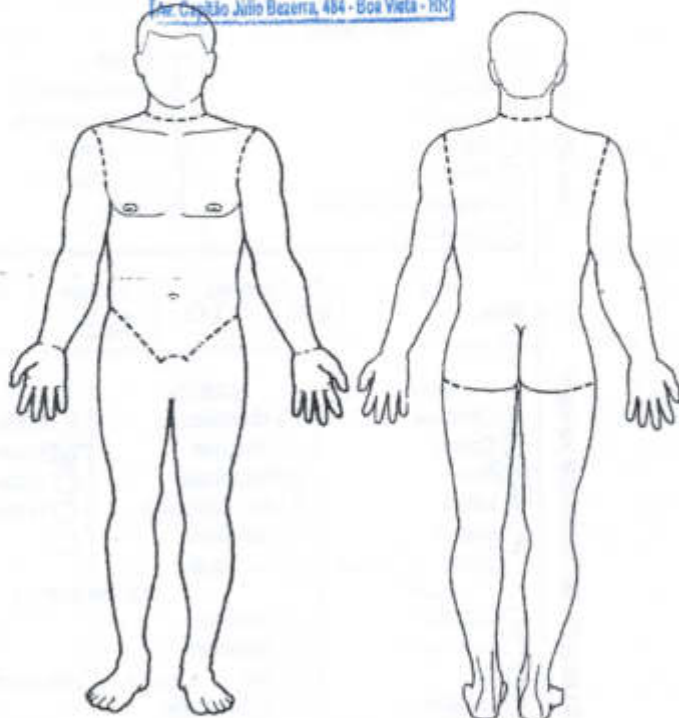
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

paciente vítima de acidente de moto e ligada no
na ocorrência da moto com seu esposo preso de moto
estava paciente desorientada, confuso TCE com
hemorragia no olho esquerdo com ferimentos
com escoriações nas pernas com possível fratura
no braço esquerdo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03408

CONTA: 000000000310-1

Nr. da Autenticação 43D44CE40B7583EE



CDD BOA VISTA RR G1

VALNEY PEREIRA DE SOUSA
RUA P-7 21
SAO FRANCISCO
69360-000 CARACARAÍ RR

7211050330015090000058413000118

Vencimento:
15/01/2018
Postagem:
05/01/2018
010000000

Fatura Mensal

RCHLO
RIACHUELOMIDWAY
FINANCEIRA
www.midwayfinanceira.com.br

Resumo das Despesas - R\$

Saldo Anterior	652,50
Pagamentos/Créditos	687,93
Encargos	0,00
Despesas/Débitos no Brasil	741,75
Despesas/Débitos no Exterior	0,00
Saldo desta Fatura	727,32

Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção da parcela citada no BOX DE PARCELAMENTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 15x fixas com valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IOF referente ao período, serão incluídos no cálculo do financiamento. Multa contratual por atraso será debitada integralmente na próxima fatura.

Titular: VALNEY PEREIRA DE SOUSA
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X108

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
15/01/2018	762,75

Parcelamento de Fatura até o Vencimento
15x de R\$ 107,02

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento exato do valor da primeira parcela até o vencimento.

Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento na folha anexa ou na Central de Atendimento

Parcelamento Automático Antes e Após o Vencimento
Pague qualquer valor igual ou acima de R\$ 107,03 e saldo restante em até 15x com juros

Atenção: O primeiro pagamento irá ativar o parcelamento, caso queira antecipar, entrar em contato com a Central de Atendimento.

Histórico das Despesas			
DATA	DESCRIÇÃO	X108	VALOR
02/09/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	02/08	54,02 D
13/09/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	03/08	68,90 D
13/10/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	03/09	38,49 D
04/11/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	02/10	49,90 D
08/11/17	ALAM CONFECÇÕES	02/02	101,61 D
11/11/17	ALAM CONFECÇÕES	02/02	50,91 D
28/11/17	FEIÃO DOS TRIGOS	02/09	85,54 D
28/11/17	THALITA CALÇADOS	03/02	17,50 D
03/12/17	O Boticário 3888	01/02	44,95 D
23/12/17	ALTERNATIVA MOTO PÉCAS	01/04	174,50 D
	SUBTOTAL		727,32
15/12/17	PAGAMENTO		687,93 C
15/01/18	Seguro Bolsa Proteção		3,99 D
15/01/18	Assistência Residência 34h		3,49 D
15/01/18	Seguro Residencial		6,95 D
15/01/18	ANUIDADE RIACHUELO - TITULAR		21,00 D

ÁREA DE SINISTROS - 0909
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

U 4 JUL 2018

GENTE SEGURADORA 699
Av. Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR

Limite para Compra		Limite para Saque	
Total	Disponível	Total	Disponível
3.300,00	31,90	330,00	330,00

Encargos		
Descrição	Taxas	
JUROS REMUNERATORIOS DE ATRASO	17,90 % a.m.	621,38 % a.a.
REFINANCIAMENTO DE SALDO	17,90 % a.m.	621,38 % a.a.
REFINANCIAMENTO MAX. PROXIMO MES	20,90 % a.m.	875,25 % a.a.
PARCELAMENTO DE FATURA	12,90 % a.m.	328,87 % a.a.
PARCELAMENTO DE FATURA MAX. PROXIMO MES	15,90 % a.m.	487,49 % a.a.
MULTA CONTRATUAL POR ATRASO	2,00%	-

Nº Sorteio - Produtos Financeiros			
Descrição	Código	Valor	Data Sorteio

Informações Importantes
A PARTIR DE 01 DE MAIO DE 2017 O VALOR DA ANUIDADE DE SEU CARTÃO RIACHUELO SERÁ ALTERADA DE 3X 17,00 PARA 3X 21,00. LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSÁRIO DA ANUIDADE.

Central de Atendimento Riachuelo	
Capitais e regiões metropolitanas	0800 5417
Demais localidades	0800 727 4417
SAC (Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais)	0800 721 3344
Deficientes Auditivos	0800 722 0604
Ouvridoria (Das 10h às 16h - segunda a sexta exceto feriados)	0800 727 3255
www.riachuelo.com.br / www.midwayfinanceira.com.br	

Informamos que a partir de Janeiro/2018, os valores dos Seguros e Assistências das apólices, que completam um ano de sua vigência, sofrerão um reajuste com base no Índice IPCA/IBGE. Caso você possua Seguro(s) e Assistência(s) e tenha dúvida, ligue na Central de Atendimento Cartão Riachuelo.

Código do Cliente	Pagamento Mínimo
0229711351170	
Vencimento da Fatura	Total da Fatura

Bradesco		237-2	23792.37403 91127.971132 51008.360003 5 00000000000000	
Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU NAS LOJAS RIACHUELO				
Beneficiário: MIDWAY SA - 09.464.032/0001-12 - R LEAO XIII, 500, TERREO ANEXO A, SP				
Data do Documento: 03/01/2018	Número do Documento: 279711351	Especie Documento: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 03/01/2018
Uso do Bem: 09	Carteira: 09	Especie Moeda: Real	Quantidade: 1	Valor: X
Instruções: (Texto de responsabilidade do beneficiário)				
SR. CAIXA, NÃO ACEITAR PAGAMENTOS APOS 30/01/2018. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO. FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO, TERAO ACRESCIMOS E JUROS REMUNERATORIOS PELO ATRASO. O PAGAMENTO SOMENTE ESTARA DISPONIVEL PARA A RIACHUELO APOS 3 DIAS UTEIS. NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE. DICA DE SEGURANCA CONFIRA OS 5 PRIMEIROS NUMEROS DA LINHA DIGITAVEL. ELES SEMPRE DEVERAO CORRESPONDER AO CODIGO DO BANCO BRADESCO 23792.				
Pagador: VALNEY PEREIRA DE SOUSA RUA P-7 21 SAO FRANCISCO 69360-000				
Assinatura / Assinatura				

Autenticação Mecânica
Ficha de Compensação

vivo

Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

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

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

Vencimento
21/01/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Tânia Helena F. de Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilse Elaine de Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 924.949.862 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio 3 da Vítima Gilse Elaine de Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 924.949.862 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
R: Antônio Augusto Martins		347	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
São Francisco	Boa Vista	RR	69.305-270
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		(95) 3221-6579	(95) 99139-8405

Boa Vista, 15 de maio de 2018
Local e Data

Tânia Helena Soares de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adão Santos de Souza

RG nº 231.311, data de expedição 25/08/2000

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 762.986.042-00, com

domicílio na cidade de Caracoraí, no Estado de

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

P 7, nº 21,

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

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

vítima Gilse Elaine de Souza Silva cujo o condutor era

Adão Santos de Souza

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 150 Titan Max KS

Ano: 2010

Placa: NAN 1247

Chassi: 9C2K C1610 AR044295

Data do Acidente: 21/03/2018

Local e Data: Mucajaz/RR, 20 de março de 2018.

Adão Santos de Souza
Assinatura do Declarante

Adão Santos de Souza

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

DEPARTAMENTO DE NOTARIAL
MUNICÍPIO DE MUCAJAZ - RR
Reconhecimento por autenticidade
Assinatura(s) de Adão Santos de Souza
Mucajaz-RR, 20/03/2018
em testemunho da da verdade

Ante a presença da Sra.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2018
GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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



1800897359 21/01/2018 16:52:45

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 26

Paciente: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA** Data Nascimento: **23/09/1989** Idade: **28 A 3 M 28 D** CNS: **707806648276317** CPF: **92494986249** Prontuário

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **231508** Órgão Emissor: **SSP RR** Data Emissão: **26/03/2008** Sexo: **F** Estado Civil: **CASADO(A)** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **BELEM - PA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **GILSELENE DE SOUZA PEREIRA** Pai: **ELIAS FARIAS DA SILVA** Contato: **(95) 99129-7330** Ocupação:

Endereço: **RUA - APIAU - 39 - CENTRO - IRACEMA - RR**

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

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

Selhor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU REGIONAL** Registro por: **ELIENE**

Queixa Principal: **ÁREA DE SINISTROS - CONTEÚDO NÃO VERIFICADO** **04 JUL 2018**

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente trazida pelo SAMU com relato de queda de moto.
Apresenta lesões e ferimentos, porém não sentiu dor no momento.
Exame físico: lesões de tipo contusivo. Queixa de dor em membros inferiores e
membros superiores, mais no abdômen. Reg, vômito, dispnéia, tontura.

Hipótese Diagnóstica: Hemorragia interna - APE. ALTA ACUT / APE / Risco. Admissão
foi de emergência, trauma de pouca TAT.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Analise de

2. Fluxo de

17/20

Ricardo G. Dantas
Téc. Enfermagem
COREN RR 924664

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: 17/01/2018 16:52:45

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene
Data Hora: 21/01/2018 16:54:28

0208
02/01/2018 - Relatório de Atendimento
de - Atendimento em Saúde
de - 02/01/2018



1800897359

HJGC-Hospital Jose Guedes Catao

JOSUE JESUS

42

REGISTRO Nº
18.002007

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA		CNS 707806648276317	DATA NASCIMENTO 23/09/1989	IDADE 28a	DOCUMENTO CPF 92494986249
TELEFONE 991297330	SEXO ☐ MASC. ☒ FEM.	NATURALIDADE BELEM	1 ☐ SOLTEIRO 2 ☐ CASADO 3 ☐ VIUVO 4 ☒ OUTROS		
PAI ELIAS FARIAS DA SILVA		MÃE GILSILENE DE SOUZA PEREIRA			
ENDEREÇO VILA DO APIAU,		BAIRRO MUCAJAI ZONA RURAL	CIDADE MUCAJAI	UF RR	
EMERGÊNCIA 1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIATRIA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 12 ☐ OUTROS					
MOTIVO DO ATENDIMENTO		DATA DO ATENDIMENTO 21/01/2018		HORA 15:25	
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES					
1 ☐ RAO X 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ TUBOG. COMP. 4 ☐ DEXE 5 ☐ URINA 6 ☐ ECG ☐ OUTROS					

DIAGNÓSTICO
 1) Trauma de tórax por queda de altura
 2) Fratura de costela esquerda
 3) Hemotórax
 4) Pneumotórax
 5) Lesão de pulmão
 6) Lesão de fígado
 7) Lesão de baço
 8) Lesão de rins
 9) Lesão de pâncreas
 10) Lesão de esôfago
 11) Lesão de estômago
 12) Lesão de intestino
 13) Lesão de vesícula
 14) Lesão de bexiga
 15) Lesão de próstata
 16) Lesão de útero
 17) Lesão de ovário
 18) Lesão de tireoide
 19) Lesão de glândula paratireoide
 20) Lesão de glândula salivária
 21) Lesão de glândula lacrimal
 22) Lesão de glândula sudorípara
 23) Lesão de glândula sebácea
 24) Lesão de glândula mamária
 25) Lesão de glândula pineal
 26) Lesão de glândula hipófise
 27) Lesão de glândula hipófise anterior
 28) Lesão de glândula hipófise posterior
 29) Lesão de glândula hipófise intermediária
 30) Lesão de glândula hipófise lateral

DATA/HORA/CONSULTA ESPECIALIZADA E PROCEDIMENTOS		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO		DATA	HORA
Exame físico		Dr. Josué			
Exame de imagem		Av. Firmino			
Exame de laboratório		Mucatai-RR			
Exame de patologia		Av. Firmino			
Exame de toxicologia		Mucatai-RR			
Exame de microbiologia		Av. Firmino			
Exame de citologia		Mucatai-RR			
Exame de histopatologia		Av. Firmino			
Exame de imunopatologia		Mucatai-RR			
Exame de imunogenética		Av. Firmino			
Exame de imunofarmacologia		Mucatai-RR			
Exame de imunoneurologia		Av. Firmino			
Exame de imunodermatologia		Mucatai-RR			
Exame de imunocardiologia		Av. Firmino			
Exame de imunocirurgia		Mucatai-RR			
Exame de imunofarmacologia		Av. Firmino			
Exame de imunoneurologia		Mucatai-RR			
Exame de imunodermatologia		Av. Firmino			
Exame de imunocardiologia		Mucatai-RR			
Exame de imunocirurgia		Av. Firmino			

OBSERVAÇÃO: (ATE 24h)		ENFERMAGEM	
1) Trauma de tórax		LA 40x57 mm	
2) Fratura de costela esquerda		K: 119 Sp	
3) Hemotórax		transfusão p/ Hb	
4) Pneumotórax		p/ SANG	
5) Lesão de pulmão		84.013.440/0001-7	
6) Lesão de fígado		Hospital Est. Ver. José Guedes Catao	
7) Lesão de baço		Rua Mariene A. Silva	
8) Lesão de rins		Mucatai-RR	
9) Lesão de pâncreas		Av. Firmino	
10) Lesão de esôfago		Mucatai-RR	
11) Lesão de estômago		Av. Firmino	
12) Lesão de intestino		Mucatai-RR	
13) Lesão de vesícula		Av. Firmino	
14) Lesão de bexiga		Mucatai-RR	
15) Lesão de próstata		Av. Firmino	
16) Lesão de útero		Mucatai-RR	
17) Lesão de ovário		Av. Firmino	
18) Lesão de tireoide		Mucatai-RR	
19) Lesão de glândula paratireoide		Av. Firmino	
20) Lesão de glândula salivária		Mucatai-RR	
21) Lesão de glândula lacrimal		Av. Firmino	
22) Lesão de glândula sudorípara		Mucatai-RR	
23) Lesão de glândula sebácea		Av. Firmino	
24) Lesão de glândula mamária		Mucatai-RR	
25) Lesão de glândula pineal		Av. Firmino	
26) Lesão de glândula hipófise		Mucatai-RR	
27) Lesão de glândula hipófise anterior		Av. Firmino	
28) Lesão de glândula hipófise posterior		Mucatai-RR	
29) Lesão de glândula hipófise intermediária		Av. Firmino	
30) Lesão de glândula hipófise lateral		Mucatai-RR	

OBSERVAÇÃO: (ATE 24h)		DATA E HORA DA ALTA	
PARA ÓBITO			
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO		DATA E HORA DO ÓBITO: ☐ ☐	
DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 2 ☐ IN L 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA			
ASS. CIRURGO MÉDICO RESPONSÁVEL		ASS. PACIENTE DO RESPONSÁVEL	

CONFERE COM ORIGINAL

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

Nome: SANTA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAS: 488049 SSP RO

CPF: 421.026.772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972

PRACÇÃO: JONELSON FRACALOSSI
MARIA ANNA FRACALOSSI

PERMISSÃO: ☒ AUTOMÓVEL ☐ MOTO ☐ OUTROS

AC: ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ J ☐ K ☐ L ☐ M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Q ☐ R ☐ S ☐ T ☐ U ☐ V ☐ W ☐ X ☐ Y ☐ Z

CATEGORIA: AB

MPRÉSTIMO: 02788991920 VALIDEZ: 05/12/2018 FIM DE VALIDADE: 17/02/1993

RESERVAÇÃO

Santa Helena S. de Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 10/12/2013

32146487454
RR207308780

DETAN - RR - BOA VISTA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 806644383

PROBADO PLASTIFICAR 806644383

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

R. Capitão Júlio Bazzani, 484 - Boa Vista - RR

CONTRIN

INDEX

CNPJ 09.548.808/0001-04
www.SeguradoraIlha.com.br



GENTE SEGURO S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RJ

1. O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2. O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

3. ESTÃO COBERTOS TODOS OS CASOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELAS MOTORISTAS, PASSEIROS OU OUTROS.

4. NÃO OPERAÇÃO TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DANS).

5. SE VÓS FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU SEU VEÍCULO DANIFICADO, REUNIR A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E SOLICITAR A REINSCRIÇÃO EM UM DOS VÍDEOS DE AUTORIZAÇÃO (CONSULTE-SE EM: www.dpvatsegurodetransito.com.br). SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

6. VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VÍTIMA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DANS (3)
R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DO CERTIFICADO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOSE BENEFICÁRIA(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICÁRIOS (VÍNCULO COM O FALÉCIO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA PRODUÇÃO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESOLUÇÃO DA VÍTIMA, COM A INDICAÇÃO DE INVALIDEZ E O VALOR DA QUALIDADE DE BENEFICÁRIOS (VÍNCULO COM O FALÉCIO).

(3) DANS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLHÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM SER COBRIDAS DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, COM O ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E ANOTAÇÃO DE EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HIGIENIZANTES QUANDO ESTES FORMAM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CNP, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO OUVER.

7. O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

8. IMPORTANTE:

8.1. NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

8.2. O REEMBOLSO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEVIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNMP Nº 279/01.

8.3. PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO TRÊS DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

8.4. A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

9.1. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 5.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

9.2. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO. QUE SE RENOVELARÁ AUTOMATICAMENTE.

9.3. O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A ÚNICA QUOTA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO JUSCOTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

9.4. O VEÍCULO NÃO ESTÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 664/1995).

9.5. 80% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO NÃO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

9.5.1. 40% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 21 DA LEI Nº 5.194/1974).

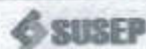
9.5.2. 40% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 15 DA LEI Nº 5.194/1974 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).



Seguradora Líder - DPVAT

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatsegurodetransito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LUGAR DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E OUTRAS INFORMAÇÕES.



DISQUE - SUSEP
0800 021 9484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL, RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS SEGUROS DE SEGURO PRIVADO, SEGURO DE VIDA, SEGURO DE INCÊNDIO E SEGURO DE FURTO.

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180254708 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DA CLAVÍCULA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA ESQUERDA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO OMBRO ESQUERDO, INICIALMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO E POSTERIORMENTE REALIZOU CIRURGIA COM FIXAÇÃO POR FIOS, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Médico examinador: CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA

CRM do médico: 589

UF do CRM do médico: RR

DANOS

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

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anísio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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:	3180254708
Nome do(a) Examinado(a):	GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	P 7 21 CASA SÃO FRANCISCO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	924.949.862-49
Data e local do acidente:	21/01/2018-PACARAÍMA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 19/06/2018

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA DIRETO EM OMBRO E COM FRATURA DE CLAVÍCULA E.

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

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR, APOS 2 MESES A CIRURGIA: (21/03/2018). APOS RETIRADA DO FIO E FISIOTERAPIA TEVE ALTA DEPOIS 4 MESES DO ACIDENTE.

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

DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA E COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO(E) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MSE.

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

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

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

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO ARTICULAÇÃO GLENO UMERAL E. (FLEXÃO 80° ABD :50)

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela 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.

Região Corporal (Sequela): OMBRO E

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

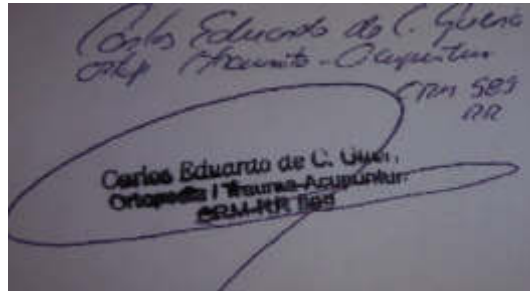
% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

N.D.N



Handwritten signature: Carlos Eduardo de C. Guerra
Handwritten text: CRM 589 RR
Stamp: Carlos Eduardo de C. Guerra, Ortopedista / Traumatologista - CRM 589 RR

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA - Registro no CRM: 589 - RR

04 JUN 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Gilse Elaine de Souza Silva
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Funcionária Pública
Identidade: 231508 CPF: 924.946.862-49
Endereço: R: P-7 Bairro: João Francisco
Cidade: Caracará CEP: 69.360-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Tracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Corretora
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Mucajaz, RR de março de 2018

Gilse Elaine de Souza Silva
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

PROCURAÇÃO DE NGF
COMARCA DE MUCAJAZ-RR
Reconheço por autenticidade
firma (s) de Gilse Elaine de Souza Silva
Mucajaz-RR, 20/03/2018.
Em testemunho 9 da verdade.

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Leonecio
Leonecio Conceição da Silva
Cartório Autorizado