

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:
2942108620201221093456

Processo 0830271-15.2020.8.23.0010 ☆ - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div></div> 9	21/12/2020 09:34:56	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773212CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773212CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
8	15/12/2020 17:04:29	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 15/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div></div> 7	11/12/2020 16:59:27	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária
<div></div> 6	26/11/2020 10:30:54	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado
5	25/11/2020 15:21:02	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	25/11/2020 15:21:02	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	25/11/2020 15:21:02	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	25/11/2020 15:21:02	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div></div> 1	25/11/2020 15:21:02	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



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

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344044

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO CARLOS BERGHAHN

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16177099

Pag. 01953/01954 - carta_02 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344044

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO CARLOS BERGHAHN

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: PEDRO CARLOS BERGHAHN

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 00000653

Conta: 0000074201-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00193/00194 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CU 4ZEEW GTAC3 ZQYZA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (mal nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Fls: 1
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00027723/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/09/2020 14:51:21 Data/Hora Fim: 17/09/2020 14:51:21
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 046-2020 Data: 13/03/2020
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia de Mucajaí

Data/Hora do Fato: 13/03/2020 19:42 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Av. Amazonas C/ rua João Gomes

Ponto de Referência: Próximo ao prédio universitário

Tipo do Local: Via Pública

Nº: S/N

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PEDRO CARLOS BERGHAHN (ITEM 02) (ENVOLVIDO, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 06/01/1967 Idade: 53

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Sem Informação

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Marques de Souza - RS

Nome da Mãe: DIVA LORI BERGHAHN

Nome do Pai: ORNI RENILDO BERGHAHN

Documento(s)

RG: 571034

CPF: 415.978.421-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ITAJARA

Complemento: CASA

Bairro: JOQUEI CLUBE

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

Nº: 363

CEP: 69.313-022

Nome Civil: FRANCIVALDO FERREIRA CARVALHO (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

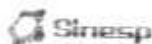
Logradouro: rua porto seguro

Bairro: Centenário

Nº: 109

Nome Civil: MARIENE RIBEIRO PERES (ITEM 01) (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
Data de Impressão: 17/09/2020 15:13:44

Página 1 de 3
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00027723/2020

Documento(s)

RG: 114242

Endereço

Logradouro: Av. rio de janeiro - região de chácara

Nome Civil: NEMESIO SIMIÃO VIEIRA FILHO (ITEM 03) (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Documento(s)

RG: 120855

Endereço

Logradouro: Av. rio de janeiro - região de chácara

Razão Social: POLICIA MILITAR 4ºPELPM/ 4º CIPMFRON/MUCAJAI ROP Nº 046/2020 SÉRIE DIGITAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Mucajaí - RR

Logradouro: Comando de policiamento do Interior - CPI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 415.978.421-68

Placa PHD7928

Renavam 01125691511

Número do Motor KD08E1H451380

Número do Chassi 9C2KD0810HR451373

Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

Cor VERMELHA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado, Envolvido

Última Atualização Denatran 20/05/2020

Situação do Veículo
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos

Pedro Carlos Berghahn (item 02)

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 662.152.502-87

Placa JXX8115

Renavam 00938092081

Número do Motor F70009033

Número do Chassi 9BGAD69W08B136325

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

Cor PRATA

UF Veículo RR

Município Veículo Mucajaí

Marca/Modelo GM/VECTRA SD EXPRESSION

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado, Envolvido

Última Atualização Denatran 14/09/2019

Situação do Veículo
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos

Mariene Ribeiro Peres (item 01)

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
Data de Impressão: 17/09/2020 15:13:44

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 3

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 00027723/2020

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que de posse do ROP nº 046/2020 é Série Digital (em anexo), o comunicante apresenta-o para confecção desse boletim de ocorrência, tendo em vista não constar no Sistema PPE; Que em consonância com o ROP nº 046/2020 é Série digital extraísse que: Senhor Delegado Plantonista de Polícia Civil de Mucajaí, em patrulhamento ostensivo pelas ruas da cidade quando fomos acionados vinha celular para atendermos uma ocorrência de trânsito no endereço, data e horário acima citado. Ao chegarmos ao local, constatamos a veracidade dos fatos, onde a ocorrência envolvia uma motocicleta e um automóvel e havia uma das partes ao solo. Fizemos contato com umas das partes, a item 01, onde a mesma nos relatou que trafegava com seu esposo o item 03 em seu veículo GM VECTRA, COR PRATA PLACA JXX-8115 pela Av. Amazonas sentido Av. Pe. Ricardo Silvestre/Av. Firmino Azevedo, e ao chegar ao cruzamento com a Rua João Gomes, onde deslocava nesta rua o item 02 em uma motocicleta HONDA NXR 160 COR VERMELHA PLACA PHD- 7928, não respeitando a placa de sinalização PARE, vindo a colidir na traseira do veículo da item 01 lado direito, que a condutora do veículo ainda tentou de todas as formas avançar a aceleração de seu veículo para evitar colisão, porém não teve como impedir. Informo ainda, que o item 02 foi atendido pela equipe do SAMU, onde recebeu os primeiros atendimentos pré-hospitalares, pois aparentemente apresentava fratura de clavícula e perna lado direito, sendo encaminhado para o hospital da cidade. Que o envolvido item 02 a todo momento estava consciente, apenas sentindo fortes dores da lesão. Foi verificada documentação dos envolvidos, sendo que estavam ambas as partes estavam com a documentação em dias e os documentos do item 02 bem como celular foram entregues mediante autorização do item 02 ao item 04, que é encarregado chefe do mesmo e a motocicleta conduzida para o pátio da Polícia Militar para em momento oportuno ser entregue aos familiares. Era o que tinha a relatar.

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (17/09/2020) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.


ASSINATURAS


Hualacy Seelig Soares de Souza
Chefe de Seção
Matrícula 020116684
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar 4ªPELPM/ 4ª CIPMFron/Mucajaí Rop nº
046/2020 Série Digital
Comunicante

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

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 415.978.421-68	
4 - Nome completo da vítima: Pedro Carlos Berghahn			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Pedro Carlos Berghahn		6 - CPF: 415.978.421-68	
7 - Profissão: autônomo		8 - Endereço: R. Hakata	
9 - Número: 363		10 - Complemento:	
11 - Bairro: Jaque Clube		12 - Cidade: Boa Vista	
13 - Estado: RR		14 - CEP: 69.313-022	
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 99113-3855	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 0653		CONTA: 000742018	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
30 - Vítima deixou nascituro (mal nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado			
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)			
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)			
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____			
Assinatura da testemunha			
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____			
Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data: Boa Vista RR 21 de julho de 2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Pedro C. Berghahn			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):			
43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves			



KORAIMA ENERGIA
KORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capão da Uirapuru, 891 - Centro - Boa Vista - RJ
CNPJ: 02.341.170/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.822-3
Título Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ RJ 368/13

Para contato com a Koraima Energia, informe este **NÚMERO**

NP DA NOTA FISCAL: 5418815 FCAH*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

SEU CÓDIGO
0037576-4

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUN/JUN/2020	16/07/2020	353	291,40

IRAIDE DA SILVA COSTA
R. ITAJARA 363 - JOQUEI CLUBE
CEP: 09.313-022 - BOA VISTA
CPF: 00066357411272

DATAS DA LEITURA

Atual: 19/06/2020	Anterior: 20/05/2020	Próxima leitura: 22/07/2020
Emissão: 18/06/2020	Apresentação: 19/06/2020	Dias de consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	E2832034	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	WPH TOT/PSA	INJETADO TOT/PSA	WPH F.PONTA	INJETADO F.PONTA	WPH INTERMED.	INJETADO INTERMED.	WPH RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	57702							
Leit. Anterior	57349							
Consumo	353							
Resíduo								
Medido	353							
Faturado	353							

DESCRIÇÃO DA CONTA

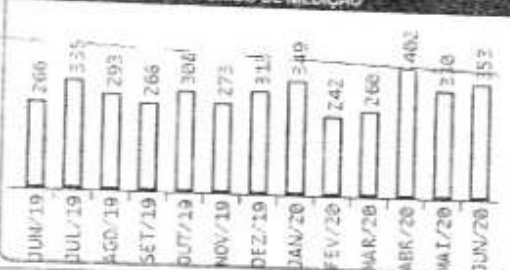
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	353 A R\$ 0,755234 =	266,59
		24,87

OUTRAS INFORMAÇÕES

THETA 3M 01/01/2020
D = 30 - D = 30

Média 12 meses

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Mês	Consumo (kWh)
JUN/19	266
JUL/19	335
AGO/19	293
SET/19	266
OUT/19	306
NOV/19	273
DEZ/19	311
JAN/20	349
FEB/20	242
MAR/20	266
ABR/20	402
MAI/20	310
JUN/20	353

MENSAGENS IMPORTANTES

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 01/07/2020, em função das contas supracitadas nesta fatura. O seu pagamento poderá evitar também a inclusão do nome do consumidor no CADINER. Informamos ainda que a conta com validade(s) e a reatuação(s) no valor de R\$ 302,50. Pelo histórico, caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar esta aviso.

Resíduo: 295,60
Valeto: 295,60

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 080070-1120 E FAÇA SEU PAGAMENTO: 1, 5, 10, 15, 20, 25.

RESERVADO AO FISCO 2847.6C06 8606.0660.D09D.6AA6.5323.5883

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
		DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Energia	145,91	Limite	9,24	18,49	36,99
Distribuição	63,91	Realizado	8,76		
Transmissão	0,00				
Encargos	4,26				

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Pedro Carlos Berghahn inscrito (a) no CPF sob o Nº 415.978.421-68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Pedro Carlos Berghahn

inscrito (a) no CPF sob o Nº 415.978.421-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moura</u>	Cidade: <u>Baalusto</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Baalusto RR 15 de Setembro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

2001230474 13/03/2020 22:28:42

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **PEDRO CARLOS BERGHAHN** Data Nascimento: **06/01/1967** Idade: **53 A 2 M 7 D** CNS: **708105543317238** CPF: **41597842168** NOTURNO 19- 20
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: **M** Estado Civil: **NAO INFORMADO** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **BRASILEIRA** Prontuário
Mãe: **DIVA LORI BERGHAHN** Contato: **SOUSA**
Endereço: **RUA - ITAJARA - 363 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR** Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: **COLISAO ENTRE VEICUL** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: Registrado por: **SOUSA**
Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente trazido pelo SAMU, MUCALAI, após colisão de
WOTON X CARRO há 3 horas, trouxe RAO-X com fratura
de tibia, RAO-X de tórax sem pneumotórax, impossível
avaliar craniocéfalo com RAO-X crânio. BEB, COTC
superior controlado - ABCDE OK

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO

DIPIRONA 29 IV
TILATIL 40 mg IV
TRAMADOL 100 mg 5 IV
SF 100 ml

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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

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

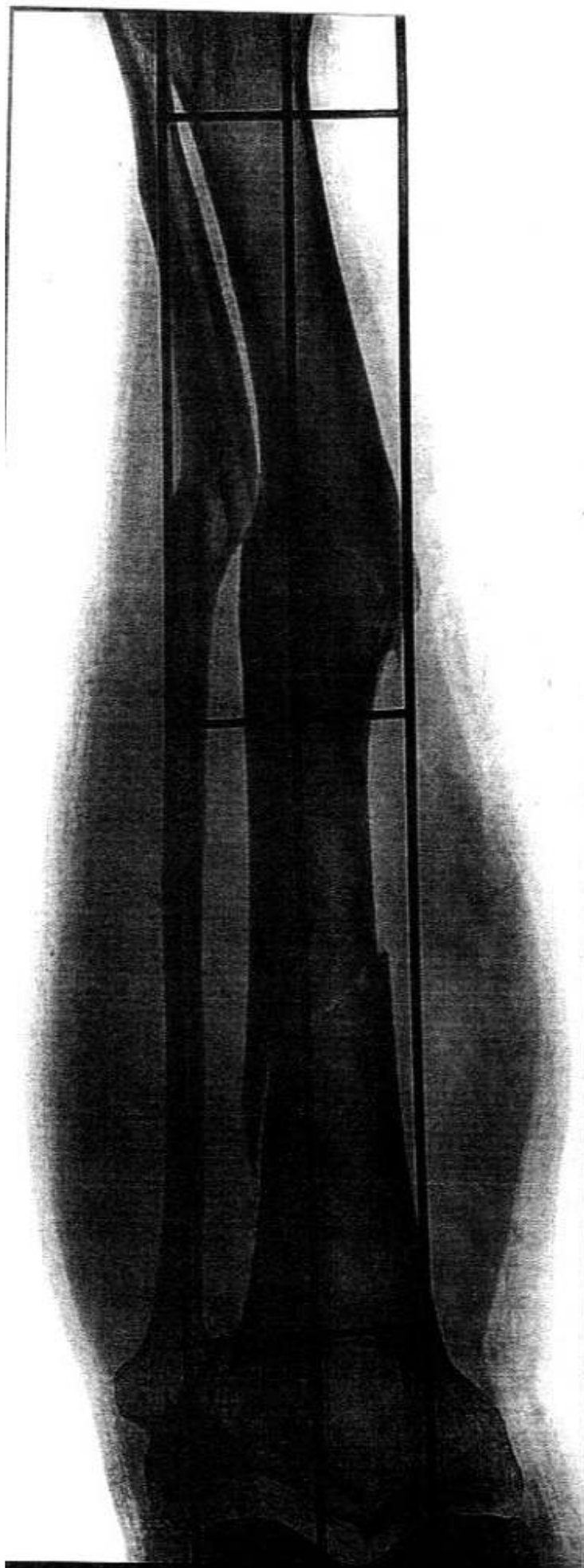
Assinatura do Paciente ou Responsável

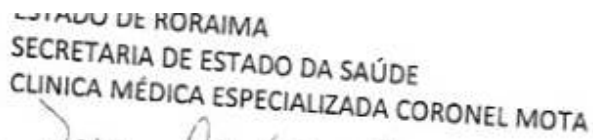
Assinatura do Médico
Dr. Jorge
CRM-RR 2084

Impresso por: *sousa*
Data Hora: 13/03/2020 22:31:51

2001230474







EVOLUÇÃO MÉDICA

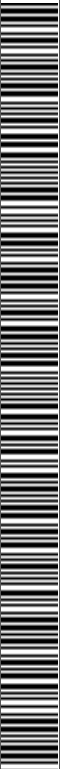
PACIENTE:

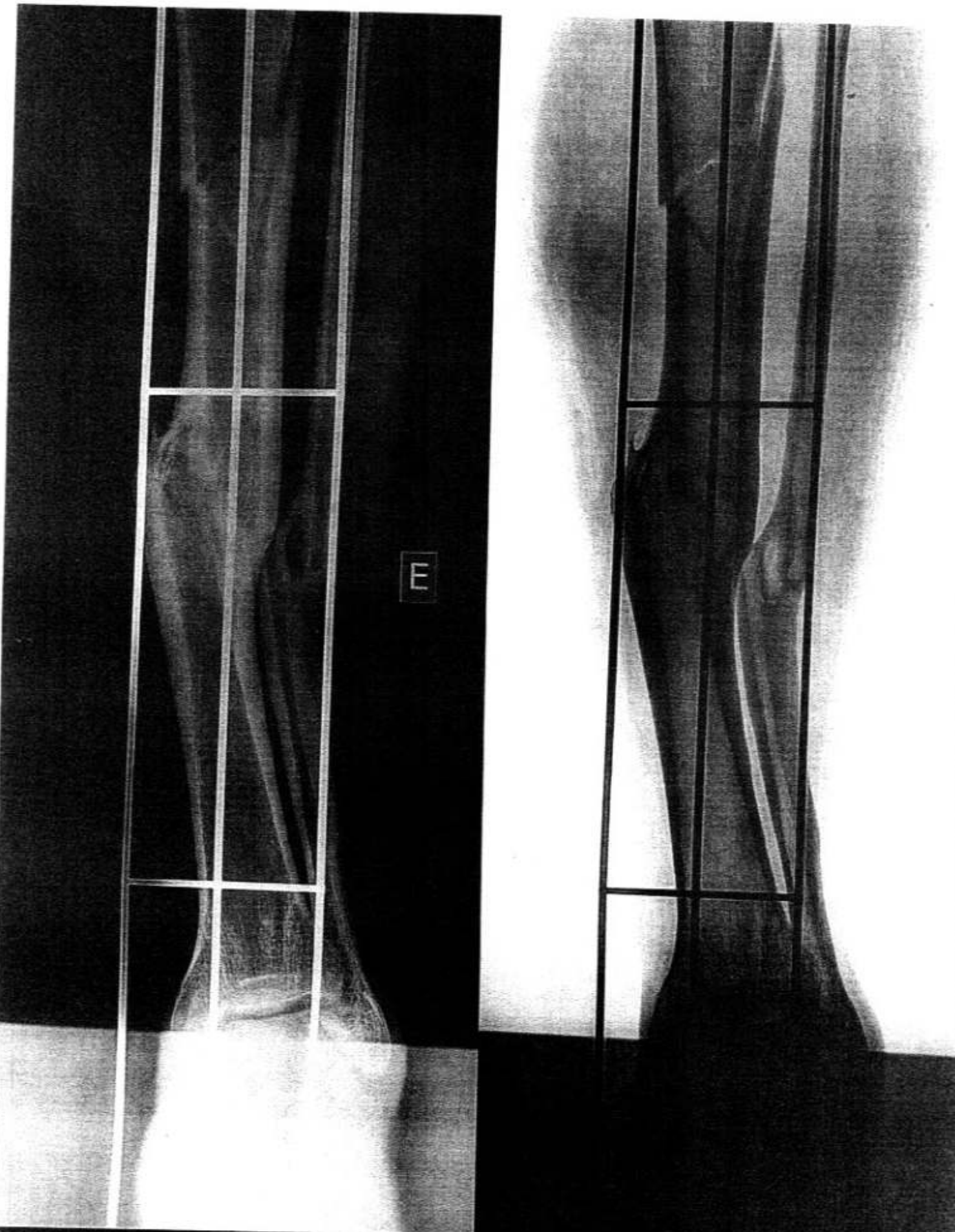
PEDRO CARLOS BERGHMAN

PRONTUÁRIO Nº 11

234956-08

DN: 06/01/1967

[illegible]



... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

2001230474 13/03/2020 22:28:42

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **PEDRO CARLOS BERGHAHN** Data Nascimento: **06/01/1967** Idade: **53 A 2 M 7 D** CNS: **708105543317238** CPF: **41597842168** NOTURNO 19- 20
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: **M** Estado Civil: **NAO INFORMADO** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **BRASILEIRA** Prontuário
Mãe: **DIVA LORI BERGHAHN** Contato: **SOUSA**
Endereço: **RUA - ITAJARA - 363 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR** Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: **COLISAO ENTRE VEICUL** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: Registrado por: **SOUSA**
Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente trazido pelo SAMU, MUCALAI, após colisão de
WOTU X CAMIO há 3 horas, trouxe RMO-X com fratura
de tibia, RMO-X de tórax sem pneumotórax, impossível
avaliar craniocéfalo com RMO-X crânio. BEB, COTC
superior controlado - ABCDE OK

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO

DIPLOMATA 29 IV
TILATIL 40 mg IV
TRAMADOL 100 mg 3 IV
SE 100 mg

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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

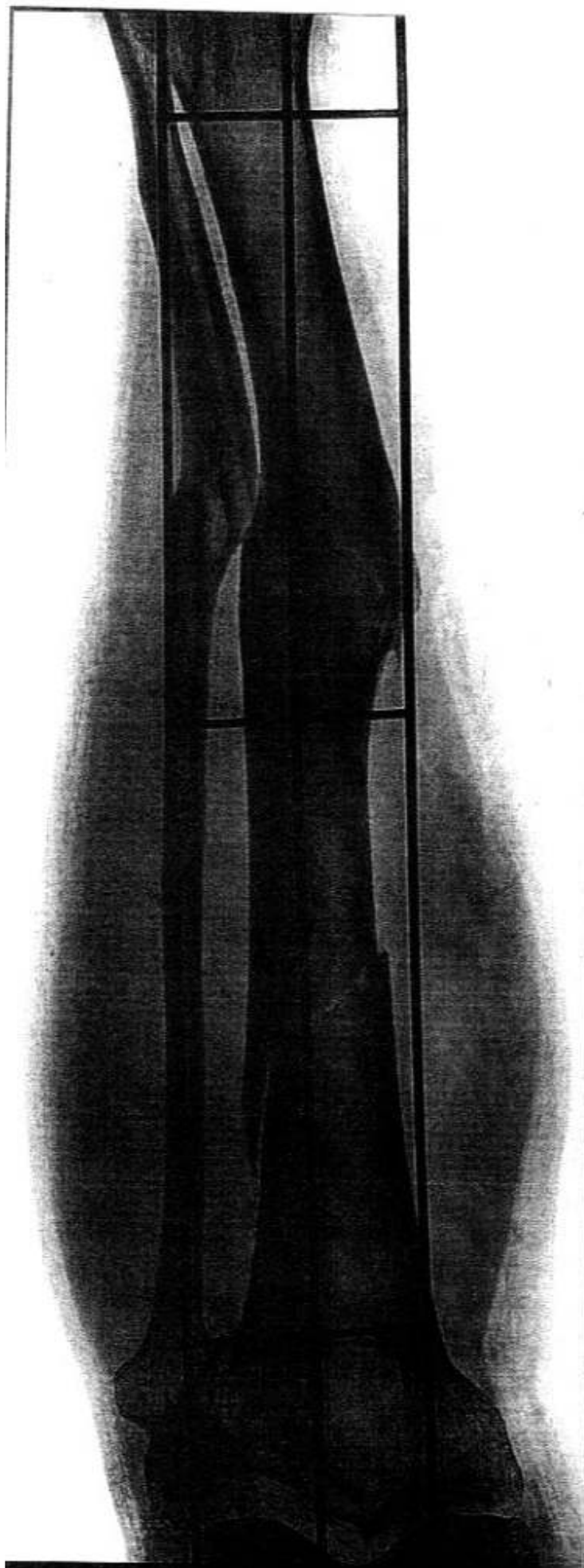
óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

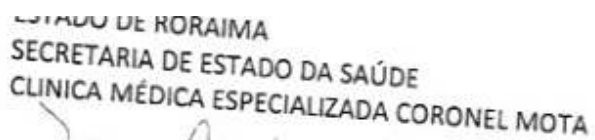
Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Jorge *[Assinatura]*
Carimbo e Assinatura do Médico
Médico
CRM-RR 2084 r

Impresso por: *sousa*
Data Hora: 13/03/2020 22:31:51

2001230474





EVOLUÇÃO MÉDICA

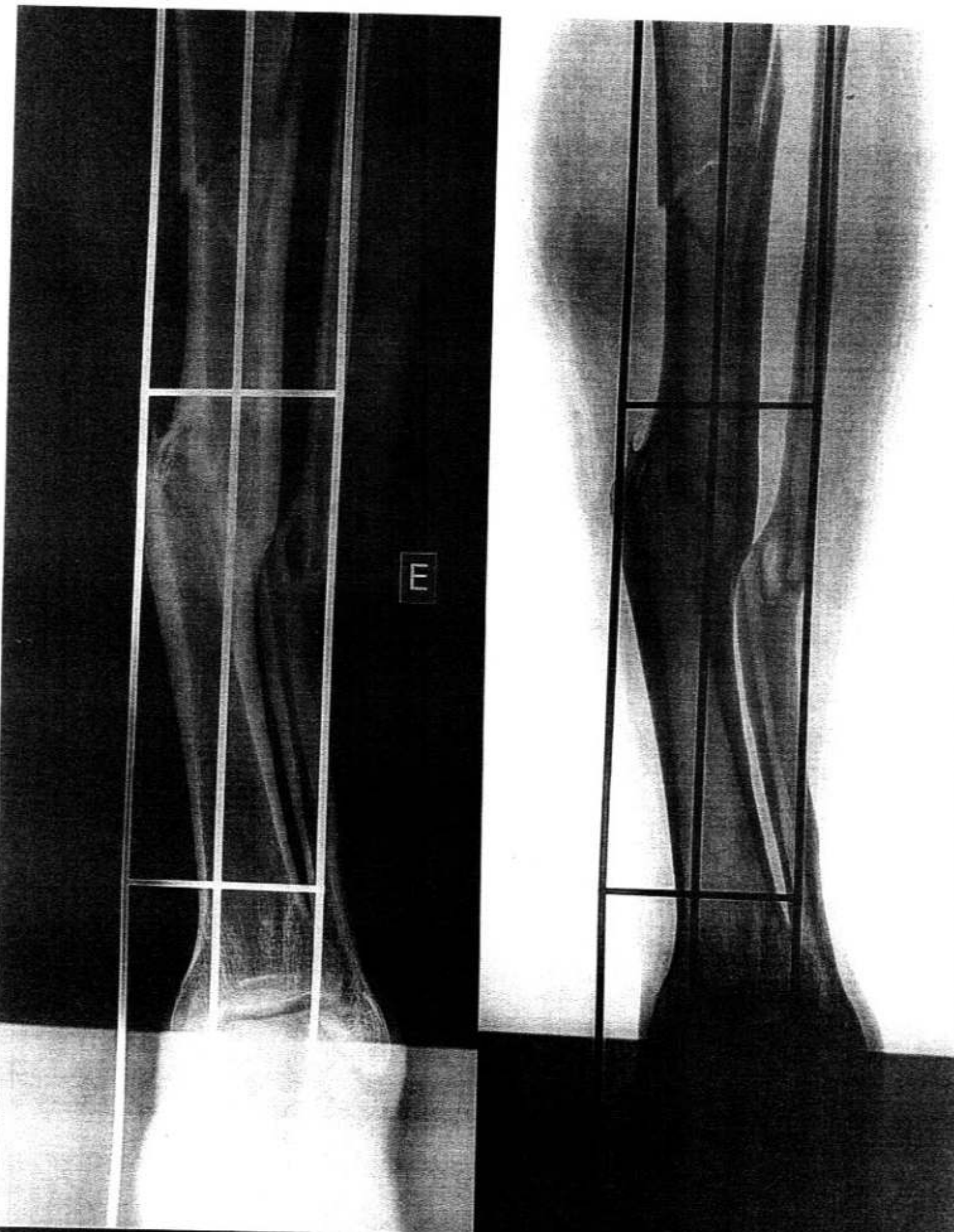
PACIENTE: VEDRO CARLOS BERGHMAN

PRONTUÁRIO Nº

234956-08

DN: 06/01/1967

[illegible]

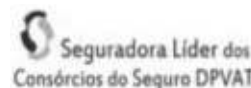


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILJO CRUZ		REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016	
 Polegar Direito		NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO	
William gonçalves franco ASSINATURA DO TITULAR		FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO	
		MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
		NATURALIDADE SANTA INÊS - MA	
		DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978	
		DOC. ORDEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35	
		2 OF BOA VISTA - RR	
		825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI Partido Progressista do Povoista Civil Bomero do mdo.	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		2 VIA	
		LEI Nº 7 116 DE 29/08/83	



PROPOSED PLASTIC AN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271417/20

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

CPF: 415.978.421-68

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO CARLOS BERGHAHN

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

PEDRO CARLOS BERGHAHN : 415.978.421-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344044 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda e fratura da tíbia esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 50°, extensão aos 130°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Não foram identificadas alterações das funções do ombro esquerdo decorrentes do trauma.

Resultados terapêuticos: Vítima fez uso de imobilização por tipoia por 04 meses e imobilização gessada no MIE, não fez fisioterapia e alta em setembro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/10/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em membro inferior esquerdo em grau moderado.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00





**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: 3200344044

Nome do(a) Examinado(a): PEDRO CARLOS BERGHAHN

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Itajara, 363, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 571034

Data e local do acidente: 13/03/2020 - Mucajaí/RR

Data e local do exame: 13/10/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Vítima de colisão de moto com carro com consequente fratura da clavícula E + MIE

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

Vítima fez uso de imobilização tipoia por 04 meses + imobilização gessada no MIE, não fez fisioterapia e alta em setembro de 2020

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 50°, extensão aos 130°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Clavícula E: sem alteração funcional Joelho E /MIE: gonartrose + deformidade em terço médio da perna E + limitação de flexão + comprometimento da força motora.

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

(X) "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.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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

Vitima tem histórico de fratura exposta de MIE há 25 anos e não recebeu DPVAT na época // e fratura do punho E em 2011 e também não recebeu DPVAT


Dr. Regina Claudia Rodrigues Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Pedro Carlos Berghahn
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 571034 SSP-RR
CPF: 415.978.421-68 ENDEREÇO: R. Hajaça 363
BAIRRO: Granjeiro CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.0313-022

VÍTIMA: Pedro Carlos Berghahn
CPF: 415.978.421-68 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Filanço
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC II- 294 Loura Moreira

PODERES:

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

Boa Vista RR, 22 de julho de 20 20

x Pedro C. Berghahn
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271417/20

Vítima: PEDRO CARLOS BERGHAHN

CPF: 415.978.421-68

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO CARLOS BERGHAHN

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

PEDRO CARLOS BERGHAHN : 415.978.421-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

