

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: 2947615020210107155152****Processo 0831722-75.2020.8.23.0010 ★ - (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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência	Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. ▾	1				
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
9	07/01/2021 15:51:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776442CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776442CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776442CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
		9.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Peça advogado/curador/defensor de GILMAR PEREIRA DOS SANTOS) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis * Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de GILMAR PEREIRA DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020)		Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário	
		CONCEDIDO O PEDIDO		BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado	
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		SISTEMA CNJ	
		RECEBIDOS OS AUTOS		SISTEMA CNJ	
		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR		SISTEMA CNJ	
		Registro de Distribuição			
		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO		SISTEMA CNJ	
		1ª Vara Cível			
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL		JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS Advogado	



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

Processo: 08317227520208230010

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 **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/11/2019**.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 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.

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;

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.

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT, cujo processo nº. 2014078384, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 23/04/2012.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de OMBRO DIREITO em grau intenso 75%, já realizado o pagamento no valor de R\$ 1.687,50 no sinistro anterior e R\$ 843,75 no atual sinistro, totalizando R\$ 2.531,25 (GRAU INTENSO, 75%), ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outro processo, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

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.”

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)

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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 30/06/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

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.

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.

⁵Súmula 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.”

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

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 citação⁶.

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 ação⁷

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.

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

⁷art.

1º

(...)

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

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 horários 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 Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- 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 expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de janeiro de 2021.

**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 graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crâno-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08317227520208230010.

Rio de Janeiro, 6 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028996

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028996

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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



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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028996 **Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 30/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010069182-X

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, retorno 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 773.412.303-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA dos SANTOS

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

5 - Nome completo: Gilmar Pereira dos Santos 6 - CPF: 773.412.303-15
 7 - Profissão: ACOQUEIRO 8 - Endereço: RUA - ARTHUR de Lima 9 - Número: 242 10 - Complemento:
 11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.317.186
 15 - E-mail: Recusou 16 - Tel.(DDD): (55) 98122-7634

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: 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)

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 69.582 B
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 atende 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) Divorciado 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 (varônscer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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)

40 - Local e Data,

Belo Horizonte, 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 773.412.303-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA dos SANTOS

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

5 - Nome completo: GILMAR PEREIRA dos SANTOS 6 - CPF: 773.412.303-15

7 - Profissão: ACOQUEIRO 8 - Endereço: RUA - ARTHUR de Lima 9 - Número: 242 10 - Complemento:

11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.317.186

15 - E-mail: Recuson 16 - Tel.(DDD): (55) 98122-7634

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 69.582 B (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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) Divorciado 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 (varônscer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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 Imprensa 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)

40 - Local e Data, 2010/06/03/2010

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC 001 V002 / 2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

571123

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pitolândia

Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: BA - Urandi	Sexo: Masculino	Nasc: 09/07/1969
Profissão: Açougueiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15

RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA

Nº: 242

Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 773.414.309-15	Placa NUL4249
Renavam 00492501769	Número do Motor KD05E5C603255
Número do Chassi 9C2KD0550CR603255	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/04/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILgueiras, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FREnte FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
(Vítima / Comunicante)

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





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

571123

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pitolândia

Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: BA - Urandi	Sexo: Masculino	Nasc: 09/07/1969
Profissão: Açougueiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15

RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA

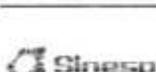
Nº: 242

Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 773.414.309-15	Placa NUL4249
Renavam 00492501769	Número do Motor KD05E5C603255
Número do Chassi 9C2KD0550CR603255	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/04/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILgueiras, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FREnte FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
(Vítima / Comunicante)

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010069182-X

Nr. da Autenticação 203852A65968F76D



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enr Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Pode visitar a.com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

0091239-5

4051012

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2019 06/12/2019
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
R. JOAO ARTHUR DE LIMA 242 - ALVORADA
CEP: 69.317-196 - BOA VISTA

CONSUMO MÉDIO TOTAL A PAGAR
175 163,98
CPF: 00077341430915

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 175
Anterior: 174
Dias de consumo: 31
Constante de Multiplicação: 1.936
Consumo médio: 175
Consumo Retardo:

DATAS DA LEITURA

Atual: 16.12.2019
Anterior: 13.12.2019
Próxima leitura: 14.12.2019
Emissão: 16.12.2019
Agravação:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

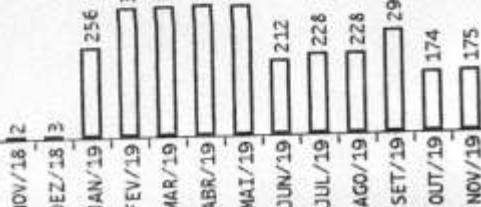
Grupo/Subgrupo: RESIDENCIAL
Classe/Subclasse: TRIFÁSICA
Ligação: INSTALAÇÃO
Número Medidor: NCRW-
Período de Faturamento: 11/2019-12/2019
Modalidade: N 1424765

CONSUNHO 175 A R\$ 0,773195 = 135,30
MULTA POR ATRASO DE 1 10/19-00 0,75
MULTA POR ATRASO 10/19-00 2,66
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00 0,84
ILUMINACAO PÚBLICA 25,23

TARIFA MÉDIA MENSAL

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 175 - R\$ 0,524836

HISTÓRICO DE LEITURA



PARA MAIS INFORMAÇÕES, ATIVAR O TELEFONE ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PENDER
A TARIFA RUSH. DESC. RTE 30%. TARIFA DE ENERGIA. REAJUSTE MÉDIO
-2,12% NEGATIVO - REAJUSTE ANEL II 2,634 DE 29.10.2019.
LINK: 82007015126 E PRAZO VENCIMENTO 16.11.16 21:26
Parabéns! Até o dia 14/11/2019, não constavam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 56A4_57CA_BFAE_581F_1EA8_4CF2_FBAF_1354

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:	Tributos:	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
			Base de Cálculo:	ALÍQUOTA:	VALOR:
73,15	4,14	0,00	73,15	ICMS: 17,00%	20,88
12,45	0,00	0,00	12,45	PIS: 0,22%	0,03
0,00	0,00	0,00	0,00	COFINS: 1,80%	0,00
85,60	4,14	0,00	85,60		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mês	Trimestral	Anual		Mês	Trimestral	Anual		Mês	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82				
Padrão	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
Conjunto	DISTRITO							Período de expiração:	09/2019	Emissor:	95,80

ROT: 11.001.19.07.077800



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Enr Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0091239-5

TOTAL A PAGAR - R\$

163,98

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

06/12/2019

Nº da Nota Fiscal:

4051012

FCAM#

83610000001 4 63980075000 7 00000000091 9 23951119008 8



SEQ.: 0175 UC: 0091239-5 DT.LEIT.: 18/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 7586 NORMAL TOTAL: 163,98 CARGA: 025
DT.VENC.: 06/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4261



C.º 05.039.467/0001-15
CHAMADA ESTADUAL: 20.255.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 09.300-610

ADONISTICO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matricula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSAIRIA SERRAO NUNES

Inscrição

Rota

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467 / - 4 - RGA

SEQUENCIAL: 1041355

DATA DA LEITURA: 17/07/2019

TIPO DE ECONOMIAS

Habitação, 102.0281.000 de Instalação 3.486,00 Agua

SITUAÇÃO Esgoto

Y11B007107	22/01/2015		LIGADO	FACTIVEL
	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	116	117	1	29
LEITURA INF.				

DT. LEITURA 17/07/2019 15/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 4-0
201906 1-0
201905 1-0
201904 1-0
201903 3-0
201902 1-0
MEDIA 1

Qualidade da Reuna Distribuída ao Consumidor					
Informações das Anotações Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5640 - 2005 G.M.					
ANOTATRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOT.HIB	E.COL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFIRMADAS	200	200	200	200	200

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

1 M3 23,83

CONSUMO DE AGUA

0,49

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

IMPRESSO: 15/08/2019 11:25:05

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/09/2019

24,32

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	08/2019	15/09/2019	24,32

82680000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9



Via da CHE



C.º 05.039.467/0001-15
CHAMADA ESTADUAL: 20.255.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 09.300-610

ADONISTICO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matricula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSAIRIA SERRAO NUNES

Inscrição

Rota

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467 / - 4 - RGA

SEQUENCIAL: 1041355

DATA DA LEITURA: 17/07/2019

TIPO DE ECONOMIAS

Habitação, 102.0281.000 de Instalação 3.486,00 Agua

SITUAÇÃO Esgoto

Y11B007107	22/01/2015		LIGADO	FACTIVEL
	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	116	117	1	29
LEITURA INF.				

DT. LEITURA 17/07/2019 15/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 4-0
201906 1-0
201905 1-0
201904 1-0
201903 3-0
201902 1-0
MEDIA 1

Qualidade da Reuna Distribuída ao Consumidor					
Informações das Anotações Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5640 - 2005 G.M.					
ANOTATRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOT.HIB	E.COL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFIRMADAS	200	200	200	200	200

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

1 M3 23,83

CONSUMO DE AGUA

0,49

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

IMPRESSO: 15/08/2019 11:25:05

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/09/2019

24,32

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	08/2019	15/09/2019	24,32

82680000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9



Via da CHE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>40º Manoel Felipe</u>	<u>1467</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>ASA BRANCA</u>	<u>RR</u>	<u>68.305-170</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>rosangela.masullo@hotmail.com</u>	<u>9598122-7634</u>	<u>99158-4307</u>

Bon Vista, RR, 26 de Dezembro de 2019
 Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
 Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>40º Manoel Felipe</u>	<u>1467</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>ASA BRANCA</u>	<u>RR</u>	<u>68.305-170</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>rosangela.masullo@hotmail.com</u>	<u>9598122-7634</u>	<u>99158-4307</u>

Bon Vista, RR, 26 de Dezembro de 2019
 Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
 Assinatura do Declarante

RITORNO 07-19 8

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901129620	30/06/2019 10:25:22	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		
Paciente:		Data Nascimento:	Idade:	CNS:	CPF:	Prontuário	
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		09/07/1969	49 A 11 M 21 D	706007376755741	77341430915		
Tipo Doc:	Documento:	Órgão Emissor:	Data Emissão:	Sexo:	Estado Civil - Raça/Cor:	Naturalidade:	Nacionalidade:
IDENTIDADE	00058961825	SSP PR		M	SOLTEIRO(A)PARDA	URANDI - BA	BRASILEIRA
Mãe:				Pai:		Contato:	
ADELINA PEREIRA DOS SANTOS				NC		(95) 99123-5436	Ocupação:
Endereço:							COZINHEIRO
AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Registrado por:
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		JACKSON.SADOVSKI
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
"Acidente de moto"		15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:30h)
Paciente sofreu acidente de moto (sem capacete). Caiu em cima do braço 

Exame Físico
PEG, LOTE, cca, supino
Dificuldade a movimentar os membros sup. D. Presença de eritema em
vermelho esp. D.

Hipótese Diagnóstica
Contágio sôbrio direto - h Tchoco + Raul + Mauro

SADT - Exames Complementares
_____ ULTRASOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

SADT - Exames Complementares
_____ ULTRASOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

SADT - Exames Complementares
_____ ULTRASOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

D. Jesus A. Lopez Aguirre
Casa de la Cultura

Opiparia 10

Luisa Lopez Aguirre
CNA-IR 566

10. *What is the primary purpose of the following statement?*

Conduta _____ () Ambulatório

Alta por Decisão Médica Observação (Até 24h)
 Alta a Pedido Internação
 Alta a Revisão Data da Saida/Alta: 30/06/19 11:47

(X) Transferência para: Ontopédia

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: jackson.sadovski
Data/Hora: 30/06/2019 10:25:57

*Cachorro é meu Fé que a presente
é falsa Reprodução Cachorro*

10.102.5.252:8888/IS4/IS4//AADB5438-5D9A-4C45-8514-FF6909963B06.html

10.102.0.1 - - [10/Jul/2018:10:45:44 +0000] "GET / HTTP/1.1" 200 1234

Cód. Pac.: 73033

Nome: **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: **NILO BRANDÃO**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

Protocolo:

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

Indicação clínica:

- Sind. de impacto.

Relatório:

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoidea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôsterior-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

Conclusão:

- Leve alteração degenerativa acromioclavicular.
- Bursite subacromial/subdeltoidea.
- Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôsterior-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi

CRM 1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443

Responsável Técnico

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



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

1^ª Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1901129620	30/06/2019 10:25:22	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	8
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		09/07/1969	49 A 11 M 21 D	706007376755741	77341430915		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil - Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE	00058961825	SSP PR	M	SOLTEIRO(A)PARADA	URANDI - BA	BRASILEIRA	
Mãe				Paiz		Contato	
ADELINA PEREIRA DOS SANTOS				NC		(95) 99123-5436	Ocupação
Endereço	AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
<i>"Acidente de moto"</i>							
Anamnese de Enfermagem	<i>Nega alergia a medicamentos</i>						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10 : 30 h)	<i>Paciente sofreu acidente de moto (sem capacete). Caiu em cima do braço</i>						
Hipótese Diagnóstica	<i>Contusão sobre ombro direito - h/ Toco + RCR + Nervos</i>						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>Dipirona 1h</i> <i>Dr. Jean A. Lopez Aguirre</i> <i>CR 14-22.866</i>				<i>Dr. Jean A. Lopez Aguirre</i> <i>Caruaru SCB</i>			
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação						
	<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: 30/06/19 10:47						
	<input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> IML Análise 24h						
	<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>						
Óbito	<input type="checkbox"/> Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Análise 24h <input type="checkbox"/> Consulta Clínica <input type="checkbox"/> RMRR						
Assinatura do Paciente ou Responsável	<i>Assinatura de Dr. Jean A. Lopez Aguirre</i>						
Impresso por: jackson.sadovski							
Data Hora: 30/06/2019 10:25:57							
<i>Cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado nesse hospital</i>							

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

HOSPITAL CORONEL MOTA

SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS DN: 09.07.1969

IDADE: 50 ANOS SEXO: M

DR(a): JESUS DATA: 26.07.19

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Ao exame do ombro direito, observa-se presença de imagem de espessamento heterogêneo, do tendão do músculo supraespinhal, com lesão intratendinea de 4 mm no terço médio, compatível com ruptura.

Tendão subescapular e infraespinhal preservados.

Tendão da cabeça longa do bíceps espessados, hipoecóico, com coleção líquida laminar peritendinea.

Articulação acrômio clavicular preservado.

Ausência de outras lesões focais.

HD: Ruptura parcial intra tendínea do tendão do músculo supraespinhal à direito.

Tenossinovite bicipital à direito.


MÉDICO RESPONSÁVEL

DR: JULIO KONG/ CRM - 376

Nome **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Cód. Pac.: 73033

Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: **NILO BRANDÃO**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

Protocolo:

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

Indicação clínica:

- Sind. de impacto.

Relatório:

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoídea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto póstero-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

Conclusão:

- Leve alteração degenerativa acromioclavicular.
- Bursite subacromial/subdeltoídea.
- Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto póstero-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi CRM 1232

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

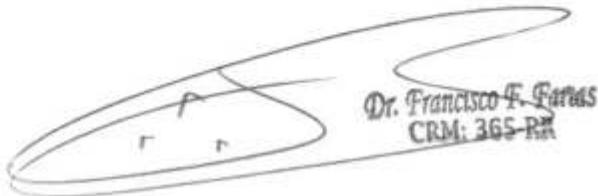
Bando Médico

Sr. Gilmar Pereira dos Santos, R.G. 5896.182-5 SSP/PA

vítima de acidente de moto, conforme ficha de atendimento 1901129620 P.S. Francisco Belbão de 30/06/2019, com diagnóstico ortopédico de Ruptura parcial entre tendões do tendão do músculo supraespinal e direito e tendão bicipital e direito. Foi realizado tratamento conservador. Foi realizados também sessões de fisioterápia. Apos o atendimento médico, percebendo evolução com limitações para elevação do braço direito, limitações para abdução, adução, rotação e redução de giro do membro superior direito, comprometendo suas atividades laborais com membro superior direito.

Conclusão: Se quele funcional permanentemente de membro superior direito.

16/01/2020


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR		Nº 014247002151	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
4	VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
0	01	00472501769	EXERCÍCIO
4	NOME		
7	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		
1			
0			
1			
3	CPF / CNPJ	PLACA	RR
3	773.414.309-15	NJL 4249	
6	PLACA ANT / UF	CHASSI	
7		9U2KD0550CR603255	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		ALCO/GASOL.	
MARA/ MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 Bros ES		2012	2012
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149DC/		PARTICU	PRETA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
I	*PAGO*	*PAGO*	1º *
P			2º *
V	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3º *
A	** PAGO COTA UNICA **		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32		R\$0,58	08/10/2012
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ CCID *			
BOA VISTA GO Gomes Brasil Diretor-Presidente DETAN-RR		DATA 19/10/2012	



REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANS.
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR		Nº 014247002151	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
4	VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
0	01	00472501769	EXERCÍCIO
4	NOME		
7	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		
1			
0			
1			
3	CPF / CNPJ	PLACA	RR
3	773.414.309-15	NJL 4249	
6	PLACA ANT / UF	CHASSI	
7		9U2KD0550CR603255	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		ALCO/GASOL.	
MARA/ MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 Bros ES		2012	2012
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149DC/		PARTICU	PRETA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
I	*PAGO*	*PAGO*	1º *
P			2º *
V	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3º *
A	** PAGO COTA UNICA **		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32		R\$0,58	00/10/2012
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ CCID *			
BOA VISTA GO Gomes Brasil Diretor-Presidente DETAN-RR		DATA 19/10/2012	



REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANS.
CARTERA NACIONAL DE HABILITAC.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028996 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO

Descrição do exame físico: OMBRO DIREITO: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

Resultados terapêuticos: VITIMA INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR,2014078384, EM 50 % DO OMBRO DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

**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: 3200028996
Nome do(a) Examinado(a): Gilmar Pereira dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua João Arthur de Lima, 242
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-196
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PR] 58961825
Data local do acidente: [30/06/2019]
Data local do exame: [30/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE CONTUSÃO EM OMBRO D

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

Tratamento: VITIMA INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHO.
Complicações: OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

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

Sim Não

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

Sim Não

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

OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

Reboucas
Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

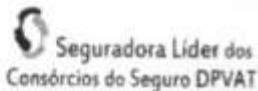
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024632/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 17/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AÇOUGUEIRO

Identidade: 58961825 SSP/RR CPF: 773.412.309-15

Endereço: Rua: JOÃO ARTHUR DE LIMA nº: 242 Bairro: ALVORADA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.317-196

Vitima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.412.309-15 **Data do sinistro:** 30/06/2019

Natureza: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista RR 28/11/2019
Local e data



Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmar Pereira dos Santos,

RG nº 5896.182-5, data de expedição 26/10/89, Órgão SSP-PR,

CPF nº 773.414.309-15, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sentençional</u>
Número	<u>256</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Equatorial</u>
Cidade	<u>Boa Vista</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>69.317-378</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Boa Vista - 15.01.2014

Assinatura do Declarante:

Gilmar Pereira dos Santos

EM CASO DE PERÍCIA LIGAR PARA:

(95) 9153-4151 OU 9119-4956 – MARCELLO.



Eletrobras
Distribuição Roraima

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

Número N.F.

CÓDIGO ÚNICO

108206-0

Para contato com a
Eletrobras, informe
este código:



Ref.: Mês/Año

DEZEMBRO/2013

BOA VISTA ENERGIA SA
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CNPJ: 02.341.476/0001-44 INSCR. EST. 24.007.072-3
NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA SÉRIE B-1 000039074
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 05/98

CLIENTE: DIRCE SGOBERO
ENDERECO: R. SETENTRIONAL 256 EQUATORIAL
END. ENTR.:
LOCALIDADE: BOA VISTA CEP: 69.317-378
CNPJ / CPF: 000039074
CNPJ / CPF: 000039074

DADOS SOBRE LEITURA

Lectura Atual:	7011	Data da Lectura Atual:	16/12/2013
Lectura Anterior:	6654	Data da Lectura Anterior:	14/11/2013
Consumo Medido:	357	Data da Próxima Lectura:	16/01/2014
Consumo Futuro:	357	Data da Emissão:	16/12/2013
Constante da Multiplicação:	1	Data da Apresentação:	16/12/2013
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Número de dígitos de Leitura:	5		

CARACTERÍSTICAS DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe	Subclasse	Único	Número Medidor	Pode	Código Faz.	Média 12 Meses
RESIDENCIAL	HONO	E2739423		1.4.1.1		337
ROTEIRO:	007.001.28.06.155500					

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO	MÊS/ANO CONSUMO
NOV/13 335	OUT/13 359	SET/13 339	AGO/13 302
JUL/13 307	JUN/13 333	MAI/13 314	ABR/13 370

ITENS FATURADOS

TARIFA SEM TRIBUTOS:	CONSUMO	30 A R\$ 0,107880 =	3,23
10 A 30 - 0,086550	70 A R\$ 0,184946 =	12,94	
31 A 100 - 0,148550	120 A R\$ 0,277413 =	33,28	
101 A 220 - 0,222220	137 A R\$ 0,306239 =	42,22	
221 A 357 - 0,247500	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 10/13 -	3,77	
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	10,13	

Eletrobras

Distribuição Roraima

Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo. Amarela e Vermelha tem acréscimo. Consulte com bandeira vermelha. Em 2014 vislumbrar acréscimo de R\$ 0,030 por kWh. Duvidas: www.aneel.gov.br.

Reservado ao Fisco F2E9.AC43.DB95.ZBAD.1688.3382.SD8C.1ECD

COMPOSIÇÃO DA FATURA

Distribuição:	33,82	Base de Cálculo:	91,67
Energia:	34,90	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,58
Encargos:	4,93	Valor do PIS:	0,43
Tributos:	18,02	Valor do COFINS:	2,01

Vencimento -

16/01/2014

Valor a Pagar R\$

98,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MENSAL	MENSAL
LIMITE	6,27	12,54	25,08	4,35	8,71	17,42	3,71	
REALIZADO	10,80			9,00			1,98	
CONJUNTO:	DISTRITO						PÉRIODO DE APURAÇÃO:	16/2013
							EUSD:	27,42

REAVISO DE VENCIMENTO

INVESTPREV
30 JAN. 2014

ÁREA DE MENSAGEM

RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16 DE DEZEMBRO NO OG DA 1 BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA. REGULARIZE A SUA SITUAÇÃO MILITAR. TARIFA: REAJUSTE MÉDIO -16,83 %, RES ANEEL 1.648 DE 29/10/2013. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

ROTEIRO: 007.001.28.06.155500



Eletrobras
Distribuição Roraima

CÓDIGO ÚNICO

108206-0

TOTAL A PAGAR - R\$

98,03

Mês Faturado

12/2013

Vencimento

16/01/2014

BOA VISTA ENERGIA SA
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR
CNPJ: 02.341.476/0001-44 INSCR. EST. 24.007.072-3

83650000000 2 98030075000 0 00000000108 1 20601213008 7

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

Sinistro: 2014078384 - 1

Nome do(a) Examinado(a): GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA SETENTRIONAL nº 256 - EQUATORIAL - BOA VISTA/RR

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 58961825 - SSP

Data local do exame: 17/02/2014 BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

CONTUSAO DO OMBRO DIREITO

CONTUSAO DO JOELHO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO

LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSAO DO JOELHO DIREITO

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

OMBRO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este encarceramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 17/02/2014

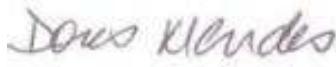
Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890



Julio Cesar Furtado de Queiroz
Médico
CRM: 2678/AM

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



Assinatura do perito revisor - CRM

Assinatura do perito examinador - CRM

Hospital Geral de Roraima
Paciente: 00232042-GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
Nascimento: 09/07/1969 - 42 anos CNS:
Doc.: Sexo: Basônimo Natural: NAO INFORMADO Rel. Civil: Casado
Pai: Nome: APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA SETENTRIONAL, 256 Endereço: CRUZ LANA 3
Município: BOA VISTA-RR Pode: SIM/NAO

ATENDIMENTO: 12049124
EMERGENCIA: DIURNO: 021
V.s.v
V.v
V.v

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Data Atendimento: 23/04/2012 - 13:16

TRIAGEM (Horas): 3 PAE: / Caudal: 1 Vaginal: 0

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE: CHORA DA CONSULTA

Post Vida d'água 2 mto, braco, scratch. Glasgow 15 quando
chegou a emergencia (Feminino)

EXAME FÍSICO: Peculiaridades: 13-18 °C e 80%
foras -P
Abdomen

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



10040

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

PREScriÇÃO

1/ Dipirona 2g EV
2/ fribol 2 30g EV

X. Marlon Krubnik de Matos
UROLOGISTA - TSBU
CPMER 132



Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - Tel. 2121-0636

26 DEZ 2013

Certifico e Dou Fiel que a Presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.
Ass.: Elton da Silva

ALTA: DATA / / HORA / /
DESTINO: DOMICÍLIO OBETTO INTERNACAO TRANSFERENCIA

Ass. Carimbo medico responsável
Guia 12049124 registrada por EDNEY

Ass. Paciente ou Responsável

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: 26/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 00000069182-8

Nr. da Autenticação A135B244A398B58B



Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**PORTADOR(A) DO RG Nº **5896.182-5** EXPEDIDO POR **SSP-PR** EM **26/10/89**CPF **443414309-05** /CNPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃO _____

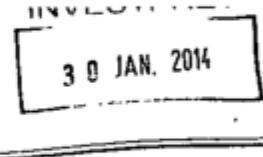
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Gilmar P. dos Santos**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta-informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO **001** AGÊNCIA **02502** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE **69.182-8**
 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

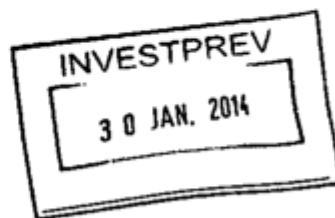
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL **Boa Vista - RR** DATA **15/05/14**

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Gilmar Pereira dos Santos
 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº: **305 / 2014** Registrado no dia: **15/01/2014 às 10:07:00**

COMUNICANTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

RG: 5896182-5

O.EXPEDIDOR: SSP/RR

DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1969

SEXO: M

CNH:

NATURALIDADE: URANDI

UF: BA

ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL

NOME DA MÃE: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

NOME DO PAI: NAO DECLARADO

LOGRADOURO: RUA SETENTRIONAL

Nº 256

BAIRRO:EQUATORIAL

CIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADO

PROFISSÃO: SERV. GERAIS

TELEFONE:

CELULAR:

Senhor Delegado, venho a presença de Vossa Senhoria comunicar que por volta de 18:00:00

do dia 23/04/2012 no Bairro: PRICUMA à AV. MARIO H. MELO aconteceu o seguinte fato:

RELATO

QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NO DIA, HORA E LOCAL INDICADO QUANDO FOI "FECHADO" POR UM OUTRO VEÍCULO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO CHÃO, QUE SOFREU LESÕES CORPORAIS, QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, QUE FAZ O PRESENTE REGISTRO PARA FINS DO SEGURO DPVAT.

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



30 JAN. 2014

NATUREZA DA OCORRENCIA: OUTROS APOIOS E SERVIÇOS DIVERSOS
VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa	Tipo	Fabricante/Modelo	Chassi	Proprietário
Veículo 1 NAJ-3867	MOTOCICLETA	HONDA/CG125	9C2JC2500XR203060	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

OBSERVAÇÃO: Comunicante, vítima de Lesão Corporal, terá o prazo de até 6(seis) meses para representar criminalmente contra o Autor do Fato, a contar da data do fato(PRAZO DECADENCIAL)

DIGITADOR
INSCRIÇÃO 09

Gilmar Pereira dos Santos

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Comunicante

Boa Vista - RR, 15 de Janeiro de 2014

Despacho(s) da Autoridade Policial:

Fato Atípico. ARQUIVE-SE;

Outras Providências:

Aguarde-se Representação Criminal;

Aguarde-se novos fatos...

Intime-se o Comunicante

TCO, pelo crime previsto no Art. _____ do CTB;

A(o) _____, para providências;

Sumário(s) de CNH e/ou Veículo(s) envolvido(s);

Delegado de Policia

Após PRAZO DECADENCIAL, ARQUIVE-SE.



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GENAL 5.896.182-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/1989

NOME GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

FUNÇÃO

ÁDELINA PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE: URANDI/BA DATA DE NASCIMENTO 09/07/1969

DADO DE ORIGEM COMARCA=URANDI/BA, DA SEDE C.NASC 6085, LIVRO=A19, FOLHA=17

CPF 773.414.309-15

CURITIBA-PR

ASSINATURA DO DIRETOR: Bet. Douglas Haquin

LEI N° 7.116 DE 29/08/93



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilmar Pereira dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5896.182-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 773.414.309-15, residente e domiciliado na R. S. Etentrional, 256, 8º andar, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

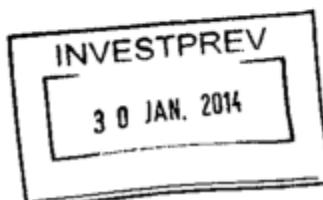
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



x Gilmar Pereira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Boa Vista - 15.01.2014

Local e data

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL**DADOS DO SINISTRO****Número:** 2014078384**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** GILMAR PEREIRA
DOS SANTOS**Data do acidente:** 23/04/2012**Emissor do parecer:** Tatiane Jardim dos Santos**Seguradora:** Investprev
Seguradora S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 906387**PARECER****Data da análise:** 11/02/2014**Valorização do IML:**

0,00

Perícia médica: Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMA**Resultados terapêuticos:**
TTO CONSERVADOR**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS**UF do CRM do médico:** RJ**DANOS****Dano****% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014078384	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez
Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Data do acidente: 23/04/2012	Emissor do parecer: Suelen Rodrigues Nogueira
Seguradora: Investprev Seguradora S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 2678

PARECER

Diagnóstico: CONTUSAO DO OMBRO DIREITO CONTUSAO DO JOELHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSAO DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 17/02/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 6.750,00

Médico avaliador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 3.375,00