

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

**Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2947615020210107155152**

**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:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

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

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div></div> 9	07/01/2021 15:51:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>9.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2776442CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>9.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2776442CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>9.3 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2776442CONTESTACAOAnexo03.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>9.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KIT SEGURADORA LDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
8	26/12/2020 00:01:25	<div>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</div> <div>(Pelo advogado/curador/defensor de GILMAR PEREIRA DOS SANTOS) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis</div> <div>*Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.</div>	SISTEMA CNJ
7	15/12/2020 13:08:22	<div>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</div> <div>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)</div>	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
<div>+</div> 6	14/12/2020 13:36:10	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA
5	13/12/2020 00:20:22	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	Magistrado
4	13/12/2020 00:20:22	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	13/12/2020 00:20:21	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	13/12/2020 00:20:21	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		1ª Vara Cível	
<div>+</div> 1	13/12/2020 00:20:21	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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 SÍNTESE 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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

#### **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, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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, nexos 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 incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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.”***

---

<sup>3</sup>“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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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.

---

<sup>4</sup>RECURSO 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 HOUE 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.

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

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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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.

---

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

<sup>7</sup> art.

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

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

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

## TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-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					
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; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

---

**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

---

**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: INTERRUÇÃO 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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 773.412.308-15 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: 773.412.308-15  
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: 69.317.186  
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): (95) 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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 69.382 8  
(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não afetado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR, 06/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

773.412.308-15

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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

773.412.308-15

ACOQUEIRO

RUA - ARTHUR de LIMA

242

ALVORADA

BOA VISTA

RR

69.317.186

RECUSOU

(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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 69.382 8

(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RJ, 06/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

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: Pintolândia

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)

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 773.414.309-15	<b>Placa</b> NUL4249
<b>Renavam</b> 00492501769	<b>Número do Motor</b> KD05E5C603255
<b>Número do Chassi</b> 9C2KD0550CR603255	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2012/2012
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES
<b>Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 07/04/2015	<b>Situação do Veículo</b> 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 042000189  
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

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: Pintolândia

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)

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 773.414.309-15	<b>Placa</b> NUL4249
<b>Renavam</b> 00492501769	<b>Número do Motor</b> KD05E5C603255
<b>Número do Chassi</b> 9C2KD0550CR603255	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2012/2012
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES
<b>Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 07/04/2015	<b>Situação do Veículo</b> 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 042000189  
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.\*



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

2 - Nº de registro em AS: 3 - CPF da Vítima: 4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - LINK: LAR SUSP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone: 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

22 - DADOS BANCÁRIOS:

23 - DADOS BANCÁRIOS:

24 - DADOS BANCÁRIOS:

25 - DADOS BANCÁRIOS:

26 - DADOS BANCÁRIOS:

27 - DADOS BANCÁRIOS:

28 - DADOS BANCÁRIOS:

29 - DADOS BANCÁRIOS:

30 - DADOS BANCÁRIOS:

31 - DADOS BANCÁRIOS:

32 - DADOS BANCÁRIOS:

33 - DADOS BANCÁRIOS:

34 - DADOS BANCÁRIOS:

35 - DADOS BANCÁRIOS:

36 - DADOS BANCÁRIOS:

37 - DADOS BANCÁRIOS:

38 - DADOS BANCÁRIOS:

39 - DADOS BANCÁRIOS:

40 - DADOS BANCÁRIOS:

41 - DADOS BANCÁRIOS:

42 - DADOS BANCÁRIOS:

43 - DADOS BANCÁRIOS:

44 - DADOS BANCÁRIOS:

45 - DADOS BANCÁRIOS:

46 - DADOS BANCÁRIOS:

47 - DADOS BANCÁRIOS:

48 - DADOS BANCÁRIOS:

49 - DADOS BANCÁRIOS:

50 - DADOS BANCÁRIOS:

51 - DADOS BANCÁRIOS:

52 - DADOS BANCÁRIOS:

53 - DADOS BANCÁRIOS:

54 - DADOS BANCÁRIOS:

55 - DADOS BANCÁRIOS:

56 - DADOS BANCÁRIOS:

57 - DADOS BANCÁRIOS:

58 - DADOS BANCÁRIOS:

# 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 Ené Garcez, 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 Impostos autorizado pelo SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 4051012  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE RR-CAE  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM

CONTA Nº 0091239-5  
VENCIMENTO 06/12/2019  
CONSUMO 175  
TOTAL A PAGAR 163,98  
CPF: 00077341430915  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS  
R: JOAO ARTHUR DE LIMA 242 - ALVORADA  
CEP: 69.317-196 - BOA VISTA

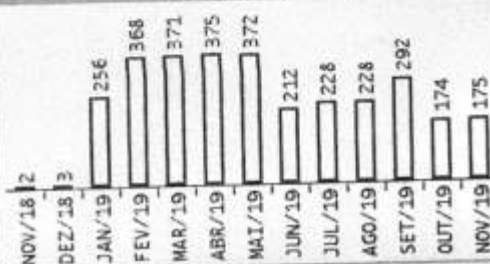
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 741	Atual: 18/11/2019	Grupo/Subgrupo: RESIDENCIAL
Anterior: 0	Anterior: 10/10/2019	Classe/Subclasse: TRIFÁSICA
Dias de consumo: 01	Próxima leitura: 10/12/2019	Ligação: INSTAÇÃO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emprego: 14/11/2019	Número Medidor: 1000000
Consumo medido: 175	Apresentação: 18/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 175		Modalidade: N 1424/85

DESCRIÇÃO DA CONTA  
CONSUMO 175 A R\$ 0,773195 = 135,30  
Multa por atraso de 10/19-00 0,75  
Multa por atraso 10/19-00 2,66  
Juros de mora de 10/19-00 0,04  
ILUMINACAO PUBLICA 25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 175 - 0,624806

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 146



MENSAGENS  
IMPORTANTES

REAVISO DE  
VENCIMENTO

PARCELAS PAGAS - ATUALIZE SEU CANCELAMENTO ATÉ 10/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL DESDE ATÉ 30/11. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO - 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007734143 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26. Parâmetros: Até o dia 14/11/2019, não constavam faturas vencidas nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5644.57CA.BFAE.581F.1EA8.4CF2.BFAE.1354

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	73,16	Base de Cálculo:	ICMS: 17,00%
Transmissão:	22,00		PIS: 0,21%
Encargos:	4,14		COFINS: 1,80%
Tributos:	25,66		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82					
Período de referência	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					
Conjunto	DISTRITO											

ROT: 11.001.19.07.077800

**RORAIMA ENERGIA**

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

SEU CÓDIGO

0091239-5

MÊS FATURADO

11/2019

Nº da Nota Fiscal

4051012

TOTAL A PAGAR - R\$

163,98

VENCIMENTO

06/12/2019

FCM\*

83610000001 4 63980075000 7 000000000091 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.N.J. 03.038.457/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 28.285.428-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 08.308-410

0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSARIA SERRAO NUNES

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467 - 4 - ASA

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

Hidrometro 102.0281.000

Data de Instalação

3/8/2015

Residência

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 Rede Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
APCITRAB	COLOR	TURBIDID	ODR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	300	300	300	300	300

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICA

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

1 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/09/2019

24,32

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



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	08/2019	15/09/2019	24,32

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



Via do Cliente

Via do CAER



C.N.J. 05.038.457/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.285.428-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 08.308-410



0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSARIA SERRAO NUNES

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

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

Hidrometro 102.0281.000

Data de Instalação

3/8/2015

Residência

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 Rede Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
APORTANTE	COLOR	TURBIDIDADE	ODR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	300	300	300	300	300

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

1 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/09/2019

24,32

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



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

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



Via do Cliente

Via do CAER

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu ROSÂNGELANONES 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 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV. MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>68.305-170</u>
Email <u>ZANZ MASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9898122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>98158-4307</u>

BOA VISTA, RR, 26 de DEZEMBRO de 2023  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu ROSÂNGELANONES 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 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AVS MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>68.305-170</u>
Email <u>ZANZ MASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9598122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>95158-4307</u>

BOA VISTA, RR, 26 de DEZEMBRO de 2023  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

DIURNO 07-19

8

1901129620

30/06/2019 10:25:22

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente <b>GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</b>	Data Nascimento <b>09/07/1969</b>	Idade <b>49 A 11 M 21 D</b>	CNS <b>706007376755741</b>	CPF <b>77341430915</b>	Prontuário
Tipo Doc <b>IDENTIDADE 00058961825 SSP PR</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil - Raça/Cor <b>SOLTEIRO(A) PARD</b>	Naturalidade <b>URANDI - BA</b>	Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Mãe <b>ADELINA PEREIRA DOS SANTOS</b>	Pai <b>NC</b>	Contato <b>(95) 99123-5436</b>	Ocupação <b>COZINHEIRO</b>		
Endereço <b>AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR</b>					
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>	Procedimento Sol.			Registrado por: <b>JACKSON.SADOVSKI</b>

Queixa Principal

"Acidente de moto"

Anamneso de Enfermagem

Nega drogas e medicamentos

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamneso - (HORA DA CONSULTA - 10:30h)

Paciente sofreu acidente de moto (sem capacete). Caiu em cima do braço D

Exame Físico

PEO, LOTE, a.a., supneus

Dificuldade a movimentação de membro sup. D. Presença de ematoma em membro sup. D

Hipótese Diagnóstica

Contusão do braço direito - hi. Tipo I + RCT + RCT

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Opirom 1h

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar  
CRM-RR 566

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar  
CRM-RR 566

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☒ Transferência para: **Ortopedia**

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: 30/06/19 10:47

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família☐ IML Analise Toxicológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, S/N  
Boa Vista - RR - CEP: 69.000-000  
FONE: (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

06/07/2019

Cópia e Dou Fez a presente  
Cópia é fiel Reprodução Original  
quis/Apresentado nesta Hospital

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/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 pósterio-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 pósterio-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.**

Dr. Leomar Hitotuzi  
Médico Imagenologista  
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443  
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificada 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

1ª 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 <b>GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</b>		Data Nascimento <b>09/07/1969</b>	Idade <b>49 A 11 M 21 D</b>	CNS <b>706007376755741</b>	CPF <b>77341430915</b>	Prontuário	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>00058961825</b>	Órgão Emissor <b>SSP PR</b>	Data Emissão <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO (APARDA)</b>	Raça/Cor <b>URANDI - BA</b>	Naturalidade <b>BRASILEIRA</b>	Nacionalidade
Mãe <b>ADELINA PEREIRA DOS SANTOS</b>	Endereço <b>AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR</b>		País <b>NC</b>	Contato <b>(95) 99123-5436</b>	Ocupação <b>COZINHEIRO</b>		
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>	Procedimento Sol.	Registrado por: <b>JACKSON.SADOVSKI</b>				
Queixa Principal <b>"Acidente de moto"</b>							
Anamnese de Enfermagem <b>Nega alergia a medicamentos</b>							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <b>10:30h</b> ) <b>Paciente sofreu acidente de moto (sem capacete). Caiu em cima do braço D</b>							
Exame Físico <b>PSSG, LOTE, cca, expmicos</b> <b>Dificuldade a movimentação de membro sup. D. Presença de entumescimento na base inf. D</b>							
Hipótese Diagnóstica <b>Contusão ombro direito - hi Tipo I + Hente + Algodão</b>							
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 <b>Opirom 1h</b>				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Conduta <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revella <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>Ortopedia</b>							
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomico <input type="checkbox"/> Morgue <input type="checkbox"/> Outros:							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: jackson.sadofski Data / Hora: 30/06/2019 10:25:57				 			

**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 intratendínea de 4 mm no terço médio, compatível com ruptura.

Tendão subescapular e infraespinhal preservados.

Tendão da cabeça longa do bíceps espessados, hipoeecóico, com coleção líquida laminar peritendínea.

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 pósterio-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 pósterio-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 CRM1232

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 ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

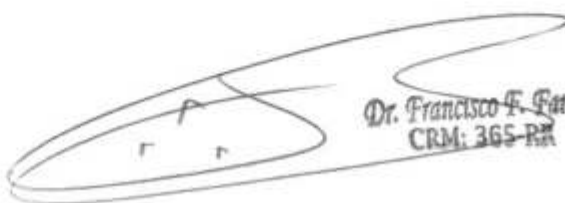
## Laudo Médico

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

vítima de acidente de moto, conforme ficha de atendimento  
1903129620 P.S. Francisco Bisbas de 30/06/2019, com diagnó-  
stico ortopedico de Rupture parcial intre tendineos do  
tendão do musculo supraespinhal e direita e tenossi-  
novite bicipital e direita. Foi realizado tratamento  
conservador. Foi realizado tambem sessões de fisioter-  
pia. Após alte médica, periciando evoluiu com  
limitação para elevação do membro direito, limitação  
para abdução, adução, rotação e redução de flex  
do membro superior direito, comprometendo suas  
atividades laborais com membro superior direito.

Conclusão: Sequela funcional perma-  
nente de membro superior direito.

16/01  
2020

  
Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR

DATA

19/

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554853612

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554853612

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



NOME  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / CRL. EMISSOR/UF  
58961825 SESP PR

CPF  
773.414.309-15

DATA NASCIMENTO  
09/07/1969

PLACAO

ADELINA PEREIRA DOS  
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

ALD

Nº REGISTRO  
02179620638

VALIDADE  
29/12/2022

HABILITAÇÃO  
17/09/1996

OBSERVAÇÕES  
EAR

*Gilmar Pereira dos Santos*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA, RR

*Antonio Francisco de Serrá Marques*  
ASSINATURA DO EMISSOR

ANTONIO FRANCISCO DE SERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE INTERNO  
DETRAN-RR

DATA DE EMISSÃO  
02/01/2019

40174105149  
RR209495510

RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014247002151  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00472501769 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ 773.414.309-15 PLACA NUL 4249

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0350ER603255

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
I \*PAGO\* \*PAGO\* 1\* \*\*\*\*\*  
V FAIXA LPUA PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*  
A \*\* PAGO COTA ÚNICA \*\* 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$0.32 R\$84.58 08/10/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB SAIR DA A  
MAZ CCID \*

BOA VISTA do Gomes Brasil  
Diretor Presidente  
DETRAN-RR



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014247002151  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00472501769 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ 773.414.309-15 PLACA NUL 4249

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0350ER603255

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
I \*PAGO\* \*PAGO\* 1\* \*\*\*\*\*  
V FAIXA LPUA PARCELAMENTO / COTAS 2\* \*\*\*\*\*  
A \*\* PAGO COTA ÚNICA \*\* 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$0.32 R\$84.58 08/10/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB SAIR DA A  
MAZ OCID \*

BOA VISTA do Gomes Brasil  
Diretor Presidente  
DETRAN-RR



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

# 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:** VÍTIMA INICILAMENTE 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 Vitimas 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 Joao 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 INICILAMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO. 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

☒ (X) 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

☐ ( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):


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

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


Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

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

  
Dra. Regina Claudia R. M. Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
ROE: 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/06/2019

**Titular do CPF:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024632/20

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



Gilmar V dos Santos  
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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/06/2019

**Titular do CPF:** GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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 SantosRG nº 5896.1825, data de expedição 26/10/89, Órgão SSP-PRCPF nº 773.414.309-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante 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>Setentrional</u>
Número	<u>256</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Equatorial</u>
Cidade	<u>Boa Vista</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>69.317-378</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Vista - 15.01.2014Assinatura do Declarante: Gilmar Pereira dos Santos**EM CASO DE PERÍCIA LIGAR PARA:****(95) 9153-4151 OU 9119-4956 – MARCELLO.**

**BOA VISTA ENERGIA SA**  
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSC. EST. 24.007.022-3  
NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA SÉRIE B-1 000039074  
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 06/08

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

**DADOS SOBRE LEITURA**

Leitura Atual:	7011	Data da Leitura Atual:	16/12/2013
Leitura Anterior:	6654	Data da Leitura Anterior:	14/11/2013
Consumo Medido:	357	Data da Próxima Leitura:	16/01/2014
Consumo Faturado:	357	Data da Emissão:	16/12/2013
Constante de 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	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 Meses
RESIDENCIAL	MONO	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**

<b>TARIFA SEM TRIBUTOS:</b>	<b>CONSUMO</b>
10 A 30 - 0,086650	30 A R\$ 0,107880 = 3,23
31 A 100 - 0,148550	70 A R\$ 0,184946 = 12,94
101 A 220 - 0,222820	120 A R\$ 0,277413 = 33,28
221 A 357 - 0,247580	137 A R\$ 0,308239 = 42,22
	<b>DEVOLUÇÃO RES. 395/09 10/13 - 3,77</b>
	<b>ILUMINAÇÃO PÚBLICA 10,13</b>

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Bandeiras Tarifárias: A Verde não tem acréscimo. Amarela e Vermelha tem acréscimo. Estão com bandeira vermelha. Em 2014 haverá acréscimo de R\$ 0,838 por kWh. Dúvidas: www.aneel.gov.br.

Reservado ao Fisco F2E9.AC43.DB95.2BAD.1688.3382.5D8C.1ECD

COMPOSIÇÃO DA FATURA	DEMONSTRATIVOS DE TRIBUTOS	Vencimento
Distribuição: 33,82	Base de Cálculo: 91,67	16/01/2014
Energia: 34,90	Alíquota ICMS: 17,00%	
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 15,58	
Encargos: 4,93	Valor do PIS: 0,43	Valor a Pagar R\$
Tributos: 18,02	Valor do COFINS: 2,01	98,03

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	MESES	TRIMESTRAL	ANUAL	MESES	TRIMESTRAL	ANUAL	MESES	MESES
LIMITE	5,27	12,54	25,08	4,35	8,71	17,42	3,71	
REALIZADO	10,60			9,00			1,98	
CONJUNTO	DISTRITO						PÉRIODO DE APURAÇÃO: 10/2013	EUSD: 27,42

**REAVISO DE VENCIMENTO**

**ÁREA DE MENSAGEM**  
RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16 DE DEZEMBRO NO QG 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

**BOA VISTA ENERGIA SA**  
AV. ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSC. EST. 24.007.022-3

**CÓDIGO ÚNICO**  
**108206-0**

**TOTAL A PAGAR - R\$**  
**98,03**

**Mês Faturado**  
**12/2013**

**Vencimento**  
**16/01/2014**

836500000000 2 980300750000 0 00000000108 1 20601213008 7

**INVESTPREV**  
**30 JAN. 2014**

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

**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

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

☐ Sem sequela permanente

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

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

Região Corporal(Sequela)

**OMBRO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

**JOELHO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 enquadramento 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 Cezar F. de Queiroz  
Médico  
CRM 2678-AM

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



Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM

Hospital Geral de Roraima

Paciente: 00232042 - GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento: 09/07/1969 - 42 anos - CNB:

Doc.: Sexo: Masculino Natural: NAO INFORMADO RACIA: Branco

Pai: Mãe: APOLINA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA SETENTRIONAL, 256 Bairro: CRUVIANA J

Município: BOA VISTA-RR Pólo: 01000406

Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data Atendimento: 23/04/2012 - 18:16

TRIAGEM (Hora: / PA: / (mm/seg) / Temp: / (ºC)

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE (HORA DA CONSULTA: )

Paciente vítima de acidente de moto, lesões, orateles. Glasgow 15 pontos de des - Hematoma 2 - Ferimento

EXAME FISICO

Paciente 170 - 13 fce 80 bpm

foram op

Abdomen op

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

DOCUMENTACAO MEDICA HOSPITALAR

10040



PRESCRIÇÃO

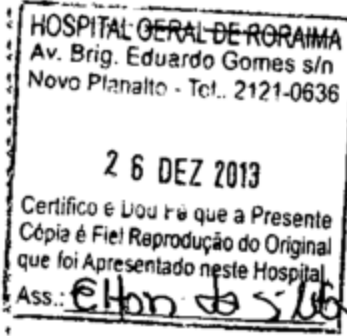


ENFERMAGEM

1 Dipirona 2g EV

2/ Analg 2 40g EV

Jr. Marlon Krubnik de Matto:  
UROLOGISTA - TISSBU  
PRIMEIRO



ALTA: DATA / /

HORA: /

DESTINO: ( ) DOMICILIO ( ) OBITO ( ) INTERNACAO ( ) TRANSFERENCIA

Ass. Carimbo médico responsável  
Guia 12049124 registrada por LKIDY

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: 000000069182-8

---

Nr. da Autenticação A135B244A398B58B



Seguradora Líder - 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 E  
 CPF 003414309-15 /CNPJ 000000000-00000000. 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\*



30 JAN. 2014

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](http://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 02504 (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Boa Vista - RR DATA 15/01/14

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](http://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**

<b>COMUNICANTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</b>		CPF: 773.414.309-15
RG: 5896182-5	O. EXPEDIDOR: SSP/RR	DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1969
CNH:	NATURALIDADE: URANDI	UF: BA
NOME DA MÃE: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS	ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL	
LOGRADOURO: RUA SETENTRIONAL	NOME DO PAI: NAO DECLARADO	
CIDADE: BOA VISTA	Nº 256	BAIRRO: EQUATORIAL
GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADO	ESTADO: RR	
TELEFONE:	PROFISSÃO: SERV. GERAIS	
	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  
 VEICULOS ENVOLVIDOS:

Placa	Tipo	Fabricante/Modelo	Chassi	Proprietario
Veiculo 1 NAJ-5867	MOTOCICLETA	HONDA/CG125	9C2JC2500XR203060	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

OBSERVAÇÃO: O 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;  
 ( ) 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);  
 ( ) Após PRAZO DECADENCIAL, ARQUIVE-SE.

( ) Outras Providências:

Delegado de Polícia



## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

\*1004037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	5.896.182-5	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/10/1989
NOME GILMAR PEREIRA DOS SANTOS			
FILIAÇÃO ADELINA PEREIRA DOS SANTOS			
NATURALIDADE	URANDI/BA	DATA DE NASCIMENTO	09/07/1969
DOC ORIGEM COMARCA=URANDI/BA, DA SEDE			
C.NASC 6085, LIVRO=A19, FOLHA=17			
CPF 773.414.309-15			
CURITIBA-PR			
ASSINATURA DO DIRETOR <i>Douglas Haquin</i>			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			

- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL -	
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ	
 POL. EGAR DIREITO	
<i>Gilmar P. dos Santos</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

INVESTPREV

30 JAN. 2014

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. Setembrinal, 256, Equatorial, 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 résido 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.

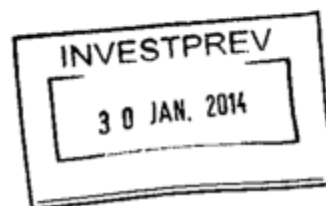
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



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  
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**Valoração 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**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****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 EXTENSÃO 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:** AM

## DANOS

## Dano

Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
Perda completa da mobilidade de um joelho

%	Dimensão	Graduação
25	1	50
25	1	50

**Valor avaliado:** 3.375,00