

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2947615020210107155152

Processo 0831722-75.2020.8.23.0010 ☆ - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ 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
<input type="checkbox"/>	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>			
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
8	26/12/2020 00:01:25	(Pelo advogado/curador/defensor de GILMAR PEREIRA DOS SANTOS) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis	SISTEMA CNJ
*Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.			
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
7	15/12/2020 13:08:22	Para advogados/curador/defensor de GILMAR PEREIRA DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (14/12/2020)	Jhonatan de Almeida Santil
Analista Judiciário			
<input type="checkbox"/>	6	14/12/2020 13:36:10	CONCEDIDO O PEDIDO
BRUNO FERNANDO ALVES COSTA			
Magistrado			
5	13/12/2020 00:20:22	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
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			
<input type="checkbox"/>	1	13/12/2020 00:20:21	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS			
Advogado			



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15387709



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15425798

Pag. 00983/00984 - carta\_02 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 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



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
			
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		4 - Nome completo da vítima: <u>GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</u>	
3 - CPF da vítima: <u>773.412.308-15</u>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: <u>GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</u>		6 - CPF: <u>773.412.308-15</u>	
7 - Profissão: <u>ACOQUEIRO</u>	8 - Endereço: <u>RUA - ARTHUR DE LIMA</u>	9 - Número: <u>242</u>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <u>ALVORADA</u>	12 - Cidade: <u>BOA VISTA</u>	13 - Estado: <u>RR</u>	14 - CEP: <u>68.317.486</u>
15 - E-mail: <u>RECUSOU</u>		16 - Tel. (DDD): <u>(95) 98122-7634</u>	
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:		19 - Profissão do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <u>0250</u> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA: <u>69.382</u> <input checked="" type="checkbox"/>		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			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
38 - 1ª   Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, <u>Boa Vista, RN, 06/05/2020</u>		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
			
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		4 - Nome completo da vítima: <u>GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</u>	
3 - CPF da vítima: <u>773.412.308-15</u>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: <u>GILMAR PEREIRA DOS SANTOS</u>		6 - CPF: <u>773.412.308-15</u>	
7 - Profissão: <u>ACOQUEIRO</u>	8 - Endereço: <u>RUA - ARTHUR DE LIMA</u>	9 - Número: <u>242</u>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <u>ALVORADA</u>	12 - Cidade: <u>BOA VISTA</u>	13 - Estado: <u>RR</u>	14 - CEP: <u>68.317.486</u>
15 - E-mail: <u>RECUSOU</u>		16 - Tel. (DDD): <u>(95) 98122-7634</u>	
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:		19 - Profissão do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <u>0250</u> <input checked="" type="checkbox"/>	CONTA: <u>69.382</u> <input checked="" type="checkbox"/>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		38 - 1ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)			
40 - Local e Data, <u>Boa Vista, RN, 06/05/2020</u>		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



571123



**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)  
Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Bairro: Pintolândia

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  
Bairro: ALVORADA

Nº: 242

**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



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 27/11/2019 11:31  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





571123



**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)  
Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Bairro: Pintolândia

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  
Bairro: ALVORADA

Nº: 242

**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



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 27/11/2019 11:31  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



**RORAIMA ENERGIA**  
RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 681 - 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 SENPAZ 368/13

Para consulta em  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0091239-5

Nº da Nota Fiscal  
4051012

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. **FCAM\***

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	06/12/2019	175	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: 566	Anterior: 10/10/2019	Classe/Subclasse: TRIFÁSICA
Dia de consumo: 01	Próxima leitura: 10/12/2019	Ligação: INSTALAÇÃO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 14/11/2019	Número Medidor: 10000000
Consumo medido: 175	Apresentação: 18/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 175		Modalidade: N 1424765

**RESUMO 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 IMPO 10/19-00		0,04
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 175 - R\$ 0,624836

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

Mês	Consumo (KWH)
NOV/18	12
DEZ/18	13
JAN/19	256
FEB/19	368
MAR/19	371
ABR/19	375
MAI/19	372
JUN/19	212
JUL/19	228
AGO/19	228
SET/19	292
OUT/19	174
NOV/19	175

Média 12 meses: 246

**MENSAGENS IMPORTANTES**

REAVISO DE VENCIMENTO

PARABÉNS! ATUALIZE SEU CANCELAMENTO ATÉ 10/12/19. PELA REGRAS A TARIFA SOCIAL DEB. ATÉ 30/11. TARIFA DE ENERGIA: REAGSTE MUITO - 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 25.10.2019. LIGUE 08007015120 E FAÇA O SEU VENCIMENTO 16/11/2019. Parabéns! Até o dia 14/11/2019, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO** 5644.57CA.BEAE.581F.1E48.4CF2.FBAF.1B54

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 73,16	Encargos: 4,14	Base de Cálculo: 175,30	ICMS: 17,00%
Outros: 12,05	Tributos: 25,69		PIS: 0,2%
Transmissão: 2,00			COFINS: 1,80%

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
EEL		EEL		EEL	
Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual
17,70	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Conjunta: 09/2019 95,80

DISTRITO

ROT: 11.001.19.07.077800

**RORAIMA ENERGIA**  
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ené Garcez, 681 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO  
0091239-5

MÊS FATURADO  
11/2019

TOTAL A PAGAR - R\$  
163,98

VENCIMENTO  
06/12/2019

Nº da Nota Fiscal  
4051012

FCAM\*

83610000001 4 63980075000 7 000000000091 9 23951119000 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

**CAERR**  
C. P. 05.835.4570001-15  
FABRICAÇÃO ESTADUAL: 29.855.429-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 08.308-618

**CAERR**  
0800 280 9520  
www.caerr.sp

Matricula: **1041355** Agosto/2019

Endereço para entrega:

**Dados do Cliente:**  
ROSARIA SERRAO NUNES  
RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467/ - 4 - ASA  
BOMBA DE ABASTECIMENTO DE ECONOMIAS

Inscrição: **0011012.102.0281.000** Rota: **3436** Seq. Rota: **1** Situação Esgoto: **1**

**Y11B007107** 22/01/2015 LIGADO FACTIVEV  
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**

PERÍODO	CONSUMO
201907	4-0
201906	1-0
201905	1-0
201904	1-0
201903	3-0
201902	1-0

MEDIA 1

**Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor**  
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 5640 / 2005 G.M.

APOSTRAB	CLORO	TURBIDIDEZ	ODC	C.TOTATB	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

**CONSUMO TOTAL(R\$)**

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	23,83
CONSUMO DE AGUA		
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

**CAERR**

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**



**CAERR**  
C. 72.05.835-47001-15  
FABRICAÇÃO ESTADUAL: 29.855.429-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 08.308-618

**CAERR**  
0800 280 9520  
www.caerr.sp.gov.br

Matrícula: **1041355** Agosto/2019  
Endereço para entrega:

**Dados do Cliente:**  
ROSARIA SERRAO NUNES  
RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467/ - 4 - ASA  
BOMBA DE ABASTECIMENTO DE ECONOMIAS

Inscrição: **0011012.102.0281.000** Rota: **3436** Seq. Rota: **1** Situação Esgoto: **1**

**Y11B007107** 22/01/2015 LIGADO FACTIVEV  
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**

PERÍODO	CONSUMO
201907	4-0
201906	1-0
201905	1-0
201904	1-0
201903	3-0
201902	1-0

MEDIA 1

**Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor**  
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 5640 / 2005 G.M.

APOSTRAB	CLORO	TURBIDIDEZ	COR	C.TOTATIB	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

**CONSUMO TOTAL(R\$)**

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	23,83
CONSUMO DE AGUA		
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

**CAERR**

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**



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS, 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>PANZAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9958122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>99158-4307</u>

BOA VISTA, RR, 26 de DEZEMBRO de 2019  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS, 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>PANZAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9958122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>99158-4307</u>

BOA VISTA, 26 de DEZEMBRO de 2019  
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo  
Assinatura do Declarante







Cód. Pac.: 73033

Nome **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**  
Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**  
Médico Solicitante: **NILO BRANDÃO**

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO**

### **Protocolo:**

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

### **Indicação clínica:**

*- Sind. de impacto.*

### **Relatório:**

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

### **Conclusão:**

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

Dr. 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.

30/06/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308					
1901129620		30/06/2019 10:25:22		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 8	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		09/07/1969		49 A 11 M 21 D		706007376755741		77341430915	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		00058961825		SSP PR		M		M	
Mão		Pai		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
ADELINA PEREIRA DOS SANTOS		NC		SOLTEIRO(A)		PARDADA		URANDI - BA	
Endereço		Contato		Ocupação		Sis Prenatal		Prontuário	
AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR		(95) 99123-5436		COZINHEIRO					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Peso	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA				JACKSON.SADOVSKI		Pressão	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL					
Nega alergia a medicamentos		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		15					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:30h)									
Paciente sofreu acidente de moto (com capacete). Caiu em cima do braço D									
Exame Físico									
PSSG, LOTE, a.a., eufêmico									
Dificuldade a movimentação de membros sup. D. Presença de entumescimento em membros inf. D									
Hipótese Diagnóstica									
Contusão ombro direito - M. Tipo II + fratura + fratura + fratura									
SADT - Exames Complementares									
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA	
<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Dipirona 1m									
Condição									
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		<input type="checkbox"/> Internação			
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido									
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia									
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia									
óbito									
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML		<input type="checkbox"/> Análise Análise			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: Jackson.Sadovski		Data e Hora: 30/06/2019 10:25:57							
10.102.5.252:8888/IS4/IS4/AADB5438-5D9A-4C45-8514-FF6909963B06.html									



**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.

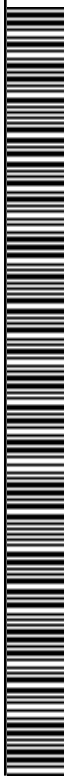
Articulação acrômio clavicular preservado.

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 póstero-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

### **Conclusão:**

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

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443  
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi  
Médico Imagenologista  
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi 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.

**DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR**  
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR  
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

## Laudo Médico

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

vítima de acidente de moto, comparece ficha de atendimento  
1903129620 P.S. Francisco Barbosa de 30/06/2019, com diagnó-  
stico ortopedico de ruptura parcial intra tendinea 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 alta médica, periciando evoluiu com  
limitação para elevação do membro direito, limitação  
para abdução, adução, rotação e redução de flexão  
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 19/11/2020

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

**1554853612**  
VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

**1554853612**  
PROIBIDO PLASTIFICAR

**RR**

**Nome**  
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR**  
58961925 SESP PR

**CNPJ**  
773.414.309-15

**DATA NASCIMENTO**  
09/07/1969

**RELACÃO**  
ADELINA PEREIRA DOS SANTOS

**PERMISSÃO**  
ACC

**CAT/PUB**  
AD

**Nº REGISTRO**  
02179620638

**VALIDADE**  
29/12/2022

**1ª HABILITAÇÃO**  
17/09/1996

**OBSERVAÇÕES**  
EAR

**LOCAL**  
BOA VISTA, RR

**DATA DE EMISSÃO**  
02/01/2018

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
Gilmar Pereira dos Santos

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES  
DIRETOR PRESENTE INTERNO  
DETRAN-RR

**40174105149**  
**RR209495510**

**RORAIMA**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - RR		Nº 014247002151	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
4	VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
0	01	00472501769	
4	EXERCÍCIO		
7	2019		
1	NOME		
0	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		
1	RR		
3	CPF / CNPJ	PLACA	
3	773.414.309-15	NUJ 4249	
6	PLACA ANT / UF	CHASSI	
7		9C2KD6550CR603255	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES		2012	2012
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149CC/		PARTICU	PRETA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I	*PAGO*	*PAGO*	1º *****
V	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
A	** PAGO COTA ÚNICA **		3º *****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$0.32		R\$84.58	
DATA DE PAGAMENTO		08/10/2019	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ CCID *			
BOA VISTA		DATA	
19/1			
ROA VISTAS		19/1	
Diretor Presidente			
DETTRAN-RR			
DEFEITOR			

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - RR		Nº 014247002151	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
4	VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
0	01	00472501769	
4	EXERCÍCIO		
7	2019		
1	NOME		
0	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		
1	RR		
3	CPF / CNPJ	PLACA	
3	773.414.309-15	NUJ 4249	
6	PLACA ANT / UF	CHASSI	
7		9C2KD6550CR603255	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES		2012	2012
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149CC/		PARTICU	PRETA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I	*PAGO*	*PAGO*	1º
P			2º
V			3º
A	** PAGO COTA UNICA **		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$0.32		R\$84.58	
DATA DE PAGAMENTO		08/10/2019	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCID *			
BOA VISTA		DATA	
19/1			
Gomes Brasil			
Diretor Presidente			
DETTRAN-RR			



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO

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

**Resultados terapêuticos:** VITIMA 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**

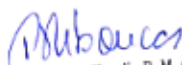
Número do Sinistro: 3200028996  
Nome do(a) Examinado(a): Gilmar Pereira dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Arthur de Lima, 242  
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-196  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PR ] 58961825  
Data local do acidente: [ 30/06/2019 ]  
Data local 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 INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO. Complicações: OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                       | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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



### 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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



[Assinatura]  
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

**CPF de:** Próprio

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

### 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





COMPROVANTE DE RESIDENCIA

\*1004040\*



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmar Pereira dos Santos

RG nº 5896.1825, data de expedição 26/10/89, órgão SSP-PR

CPF 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>Sentrimonial</u>
Número	<u>256</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Equatorial</u>
Cidade	<u>Boa Vista</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>69.317-378</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

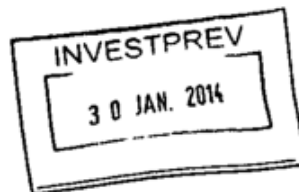
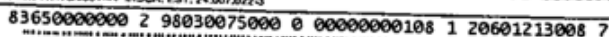


Local e Data: Boa Vista - 15.01.2014

Assinatura do Declarante: Gilmar Pereira dos Santos

**EM CASO DE PERÍCIA LIGAR PARA:**

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



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(\*)

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

OMBRO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este 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. Dora 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-GLIMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento: 09/07/1969 - 42 anos

Doc.: Sexo: Masculino Natural: NAO INFORMADO

Paí: Mãe: APARELINA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA SETENTRIONAL, 256

Município: BOA VISTA -RR

Bairro: CRUVIANA J  
Fone: 01600406

Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

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

TRIAGEM (Hora: ) PA: / (unidade) / Temp.: (ºC)

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE (HORA DA CONSULTA: )

Paciente vítima de acidente de moto, lesões, escoriações. Glaxo 15 gotas de dor - Hentox 3 - Fentanil

EXAME FÍSICO

P: 120/70 - 13 FC 80 bpm -

Foras op

Abdom op

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

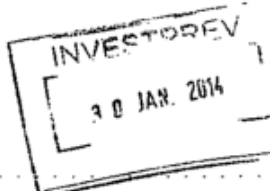
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



10040

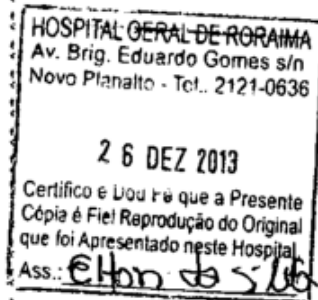
PRESCRIÇÃO



ENTRADA MAGEM

1 Dipirona 2g EV  
2/ Fentanil 2 30g EV

Jr. Marlon Krubnik de Matto:  
UROLOGISTA - TISSU  
CRM/R 312



ALTA: DATA / HORA  
DESTINO: ( ) DOMICÍLIO ( ) UBITO ( ) INTERNACAO ( ) TRANSFERENCIA

Ass. Carimbo médico responsável  
Guia 12049124 registrada por LEIDY

Ass. Paciente ou Responsável





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

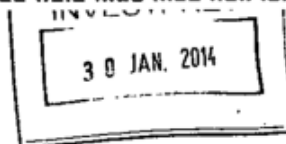
CPF 003414309-15 / CNPJ \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gilmar P. dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



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

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

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

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

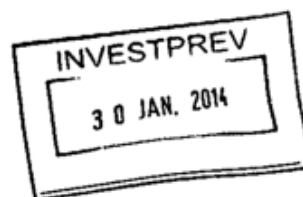
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Gilmar Pereira dos Santos



### 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.





15/01/14

IMPRESSÃO BO



**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	SEXO: M
CNH:	NATURALIDADE: URANDI	UF: BA	ESTADO CIVIL: UNIAO ESTAVEL
NOME DA MÃE: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS		NOME DO PAI: NAO DECLARADO	
LOGRADOURO: RUA SETENTRIONAL	Nº 256	BAIRRO: EQUATORIAL	
CIDADE: BOA VISTA	ESTADO: RR		
GRAU DE INSTRUÇÃO: ALFABETIZADO	PROFISSÃO: SERV. GERAIS		
TELEFONE:	CELULAR:		

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

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

**RELATO**

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

BOLETIM DE OCORRENCIA

\*1004026\*



30 JAN. 2014

NATUREZA DA OCORRENCIA: OUTROS APOIOS E SERVIÇOS DIVERSOS  
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		
CURRIBA-PR	ASSINATURA DO DIRETOR Douglas Haquim		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/93			

- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL -	
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ	
 POLGAR DIREITO	
 ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



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. Setentrional, 256, Equatorial Cidade Boa Vista Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

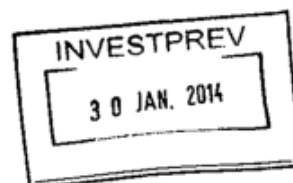
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



Gilmar Pereira dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Boa Vista - 15.01.2014

Local e data

06/01/2021

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL.html

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2014078384	<b>Cidade:</b> Boa Vista	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	<b>Data do acidente:</b> 23/04/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Tatiane Jardim dos Santos
<b>Seguradora:</b> Investprev Seguradora S/A	<b>Prestadora:</b> IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	<b>CRM do médico:</b> 906387

PARECER

<b>Data da análise:</b> 11/02/2014
<b>Valoração do IML:</b> 0,00
<b>Perícia médica:</b> Sim
<b>Diagnóstico:</b> POLITRAUMA
<b>Resultados TTO CONSERVADOR terapêuticos:</b>
<b>Sequelas permanentes:</b>
<b>Sequelas:</b>
<b>Conduta mantida:</b>
<b>Quantificação das sequelas:</b>
<b>Documentos complementares:</b>
<b>Observações:</b> Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.
<b>Valor pleiteado:</b> 13.500,00
<b>Médico avaliador:</b> RAFAEL SANTOS
<b>UF do CRM do médico:</b> RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		
		<b>Valor avaliado:</b> 0,00

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8PU 3XNTD FBXFT Z8HN3



06/01/2021

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA.html

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

<b>Diagnóstico:</b>	CONTUSAO DO OMBRO DIREITO CONTUSAO DO JOELHO DIREITO
<b>Descrição do exame médico pericial:</b>	LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO DIREITO LIMITACAO LEVE NA FLEXO EXTENSAO DO JOELHO DIREITO
<b>Resultados terapêuticos:</b>	TRATADOS CONSERVADORAMENTE COM AINH. ESTA DE ALTA MEDICA
<b>Sequelas permanentes:</b>	APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO
<b>Sequelas :</b>	Com sequela
<b>Data da perícia:</b>	17/02/2014
<b>Conduta mantida:</b>	
<b>Observações:</b>	
<b>Valor pleiteado:</b>	6.750,00
<b>Médico avaliador:</b>	JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ
<b>UF do CRM do médico:</b>	AM

DANOS

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

Valor avaliado: 3.375,00

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8PU 3XNTD FBXFT Z8HN3

