

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:
2951748820210113155733

Processo 0800916-04.2020.8.23.0060 ☆ - (33 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO LUIZ DO ANAUA/RR

Processo: 08009160420208230060

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 **JOSE AMARANTE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 27/02/2019.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 **17/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

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.

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

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

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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 a 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.

⁷ art.

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,

SAO LUIZ DO ANAUA, 11 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE AMARANTE DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SAO LUIZ DO ANAUA**, nos autos do Processo nº 08009160420208230060.

Rio de Janeiro, 11 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, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

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, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457 Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190215457 Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

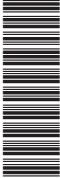
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00827/00828 - carta_03 - INVALIDEZ

000404.14



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE AMARANTE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003783-4

Conta: 000004115-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



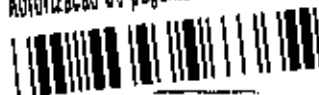


Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

Autorização de pagamento

AT



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, José Amarante da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 140288EXPEDIDO POR SESP-PAEM 24/10/2008CPF 5581140419220 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO aqueleto

E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Amarante da Silva. 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.

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

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

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

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

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

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 001 AGÊNCIA 37934 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 44157

☐ 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 Parauapebas - PA DATA 01/03/2009

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) José Amarante da Silva

! ATENÇÃO

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





**ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS**

INV

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: 385/19

DATA: 27/02/2019

HORA: 16:42

ATENDENTE: ACPC RUY

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 17/01/2019

HORA: 06:00

LOCAL: VICINAL 18, KM 13, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

Boletim de ocorrência



DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOSÉ AMARANTE DA SILVA

RG: 140288 SSP/RR

CPF: 581.404.172-20

DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1966

IDADE: 53

SEXO: MASCULINO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE: CHAPADINHA

UF: MA

PAI: SEBASTIÃO LAGO DA SILVA

MAE: EUZANIRA VIEIRA DA SILVA

CNH PJ

GRAU DE ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSE, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

REFERÊNCIA: PERTO DA PONTE

TELEFONE: 95 988030065/95 988034154

RECEBIDO

08 MAR 2019

Separação Lúcio DEYAT

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

TRANSITO

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que na data e hora acima estava indo juntamente com seu filho a São Luiz do Anauá, na motocicleta conduzida por seu filho, PLACA NUJ2679, RENAVAM 00500346089, CHASSI 9C2KD0540DR111280, quando colidiu com um porco, que foi socorrido pelo proprietário do porco, conhecido por RAIMUNDÃO DA ZUMIRA, que o levou para o hospital de São Luiz do Anauá e de lá foi encaminhado para Rorainópolis por falta de material naquela unidade, que a policia militar não foi ao local. Que apresentou cópia autenticada da Guia De Atendimento do Hospital De Rorainópolis, no momento da confecção deste Boletim de Ocorrência, segue em anexo. É o relato.

**ACPC RUY
AGENTE DE POLÍCIA**

**JOSÉ AMARANTE DA SILVA
COMUNICANTE**

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Policia Civil
Testemunhas: _____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

PROJETO CORRIGIDA - DO DOCUMENTO XAO	
COLEÇÃO	
☒	BO em cópia simples
☐	Comprovante de anamnese médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☐	Laudo de IMI em cópia simples
Sob o documento assinado conforme Guia de Regulação	
Solicitado em Lide: 130VXI	



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA: 385/19

DATA: 27/02/2019

HORA: 16:42

ATENDENTE: ACPC RUY

DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 17/01/2019

HORA: 06:00

LOCAL: VICINAL 18, KM 13, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOSÉ AMARANTE DA SILVA

RG: 140288 SSP/RR

CPF: 581.404.172-20

DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1966

IDADE: 53

SEXO: MASCULINO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE: CHAPADINHA

UF: MA

PAI: SEBASTIÃO LAGO DA SILVA

MAE: EUZANIRA VIEIRA DA SILVA

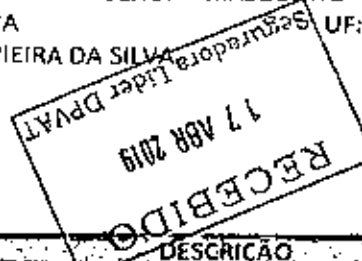
CNH: PJ

GRAU DE ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSE, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

REFERÊNCIA: PERTO DA PONTE

TELEFONE: 95 988030065/95 988034154



CODIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

TRANSITO

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que na data e hora acima estava indo juntamente com seu filho a São Luiz do Anauá, na motocicleta conduzida por seu filho, PLACA NUJ2679, RENAVAM 00500346089, CHASSI 9C2KD0540DR111280, quando colidiu com um porco, que foi socorrido pelo proprietário do porco, conhecido por RAIMUNDÃO DA ZUMIRA, que o levou para o hospital de São Luiz do Anauá e de lá foi encaminhado para Rorainópolis por falta de material naquela unidade, que a polícia militar não foi ao local. Que apresentou cópia autenticada da Guia De Atendimento do Hospital De Rorainópolis, no momento da confecção deste Boletim de Ocorrência, segue em anexo. É o relato.

ACPC RUY
AGENTE DE POLÍCIA

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

JOSÉ AMARANTE DA SILVA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil
Testemunhas: _____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.
O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

Av. Brasil, 1.000, Centro, São Luiz - RR, CEP 69.370-000 - RR. Fone: (65) 3333-1111

AGENTICAÇÃO 005818

Atentado por ser fotocópia fiel do documento apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

São Luiz - RR, 05 de abril de 2018.

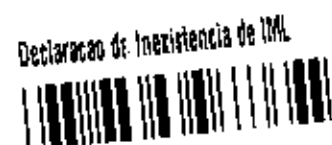
GEORDÂNIA PONTES DA SILVA

Geordania Pontes da Silva
Substituta



EM BRANCO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Amaraniti da Silva, portador da carteira de identidade nº 140288 SESP-MR e inscrito no CPF/MF sob o nº 583.404.372-20, residente e domiciliado na rua 18 km E. Centro, Cidade São Lourenço do Marão Estado Pernambuco, 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.

Jose Amaraniti da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pernambuco, 01/03/2019

Local e data



DATA DE NASC.: ____/____/____
RG: ____ UF: ____
CPF: ____-____-____
SUS: ____

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
17	01	19	7:05	

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				
Nome: José Amoraute da Silva.			Idade: 53a	Sexo: M
Rua/Avenida: Vic. 18 Km 18			Nº	Complemento:
Bairro: 2 Rural	Município: São Luiz		Estado: RR	Telefone: 98803-4154
Filiação	Pal			
	Mse	Euzanira Vieira Silva.		

02 DO ACIDENTE

☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

☒ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO

Comprovação de ato declaratório



04 TIPO DE ACIDENTE

☒ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO

DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

06 DOENÇA OCUPACIONAL:

☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR)

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE	Vítima de acidente de trabalho com Pericó -		
RESUMO CLÍNICO	Queixa: dor no ombro direito com trauma		
EXAME FÍSICO	em 14 Inferior Esquerda - com escarificação		
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO)	Suspeita de fratura da perna		
RESULTADOS DE OUTRA UNIDADE (RESULTADO NO VERSO)	Rx de 14 Inferior Esquerda		
DIAGNÓSTICO PROVAVEL:	Vítima de Acidente de Trabalho com Pericó		
DEFINITIVO:	Suspeita de fratura de 14 Inferior Esquerda		

08 DESTINO DO PACIENTE
REMOVIDO PARA
INTERNADO NO (A)

☐ ALTA ☐ RESIDÊNCIA COM ORIENTAÇÃO ☐ SE AFETADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	GARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
	Enfª Odete	Dr. Ricardo Gomes

RADIOLOGIA:

ANAMNESE DO PACIENTE:

P.A: 130 x 80 mm/Hg

TEMP.: °C

PESO: 55,800 kg

DESTRO: mg/dl

ALERGIA? SIM () NÃO (X)

DESCREVA AQUI:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

8:05

A

12/05/2019

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: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AMARANTE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03783-4

CONTA: 000000004115-7

Nr. da Autenticação 055C118BF68DB6B1

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0531242-6

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Gomes, 821 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Ins. Estadual: 74.007.022-3

Nome Fisco: Centro de Energia Elétrica - Série 0-1

Regime Especial de Imposto de Renda, autorizado pela SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal

002289939

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

CONTABILIZADO: FEVEREIRO/2019 VENCIMENTO: 20/03/2019 390 213,53

JOSE AMARANTES DA SILVA

V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SÃO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

DADOS DA LEITURA	DATA DA CONFIRMAÇÃO
Atual: 8148	06/02/2019
Anterior: 7758	07/01/2019
Anterior: 1,000	05/03/2019
Constante de Multiplicação: 390	Próxima Leitura: 04/02/2019
Consumo Medido: 390	Emissão: 06/02/2019
Consumo Estimado: 390	Apresentação: 30
NORMAL	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Onibus/Alcôves: RURAL
Ligação: IBI
Número Medidor: TDB1617572
Ponto: 4.2.2.2
Código Pat: 415

HISTÓRICO (Linha)	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	CONSUMO 390 A R\$ 0,547517 = 213,53
JAN/19 398	
DEZ/18 395	
NOV/18 359	
OUT/18 391	
SET/18 346	
AGO/18 392	
JUL/18 382	
JUN/18 466	
MAI/18 503	
ABR/18 493	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
B A 3% - R. 644246	

MENSAGENS IMPORTANTES E PREVISÃO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano 12/2018	Valor R\$ 225,24	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/02/2019, em função das contas reatadas nesta fatura. O repasseamento poderá ocorrer sempre e inclusive de nome do consumidor de acordo. Informamos ainda existirem contas vencidas e a reavivadas no valor de R\$ 161,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

IBEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA. CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA. LIQUE 06607019120 E FAÇA DPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO AO FISCO BDB4.42A0.200C.7C6D.840B.E46B.44A3.9D87

COMPOSIÇÃO DA CONTA	VALORES DE VENCIMENTO
Distribuição: 53,64	213,53
Energia: 113,72	17,00%
Transmissão: 0,00	36,30
Encargos: 5,90	0,71
Tributos: 40,27	3,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00
12/2018 0,00

ROT: 401.050.01.51.039000

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Gomes, 821 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Ins. Estadual: 74.007.022-3

SEU CÓDIGO

0531242-6

TOTAL A PAGAR - R\$

213,53

MES FATURADO

02/2019

VENCIMENTO

20/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 002289939

FCAM

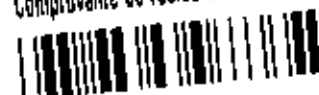
83660000002 7 13530075000 1 00000000531 4 74760710008 7

SEQ.: 00043 UC: 0531242-6 DT.LEIT.: 06/02/2019 T.ENTR.: 01

LEITURA: 8148 NORMAL TOTAL: 213,53 CARGA: 001

DT.VENC.: 20/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3151

Comprovante de residência



001718 391
SET/18 346

Comprovante de residencia



Para contato
consulte o número
deste documento

0531242-6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 002832001

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

CONTAS	VENCIMENTO	1. ORIGEM DO VENC.	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	20/06/2019	176	105,17

JOSE AMARANTES DA SILVA
V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

ÍNDICE DE LECTURA	VALOR	DATA DE LECTURA
Atual:	8953	08/05/2019
Anterior:	8777	05/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	05/06/2019
Consumo Médio:	176	07/05/2019
Consumo Faturado:	176	08/05/2019
		33

Class/Subclass	Unidade	Número Medida	Posto	Código Fin.	Mês 12 meses
RURAL	01	RD01617572		4.2.2.2	367

MÊS/ANO		VALOR R\$	
MÊS/ANO	CONSUMO	VALOR R\$	VALOR R\$
ABR/19	309	176 A R\$ 0,535228	94,20
MAR/19	320	CORRECAO MONETARIA 1G 02/19-00	3,57
FEV/19	390	MULTA POR ATRASO 02/19-00	4,27
JAN/19	398	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00	3,13
DEZ/18	385		
NOV/18	359		
OCT/18	391		
SET/18	346		
AGO/18	392		
JUL/18	382		
TOTAL 220			
F A 176 - 6,44282			

JUL/18 394
SET/18 346



Para conferir
controle anexo ao
este número

0531242-6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nossa Filial / Conta de Energia Elétrica - Bêta B-1
Registre-se para a emissão autorizada pelo REFAZ 359/13

Nº de Nota Fiscal: 002832001

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

MAT0/2019 20/06/2019 176 185,17

JOSE AMARANTES DA SILVA
V. 18 KM E CENTRO
CPF: 00058140417220
CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANAUA ROT: 401.050.01.51.039000

Atual:	8953	Anterior:	08/03/2019
Anterior:	8777	Anterior:	05/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Letura:	05/06/2019
Consumo Medido:	176	Entrega:	07/05/2019
Consumo Faturado:	176	Apresentação:	08/05/2019
FCAM		33	

NORMAL

Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fim	Mês 12 meses
RURAL	BI	TDB1617572		4.2.2.2	387

Mês/Ano	Consumo	Valor R\$
ABR/19	309	176 A R\$ 0,535228
MAR/19	320	
FEV/19	390	
JAN/19	398	
DEZ/18	395	
NOV/18	359	
OUT/18	391	
SET/18	346	
AGO/18	392	
JUL/18	382	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
8 A 176		6.444240

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 03/2019 178,99
O valor apresentado acima é o valor do fornecimento de energia elétrica e inclui o valor do consumo no mês. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 3F14.18F1.F2F0.7066.C150.9F35.4ZC8.9175

Distribuição:	24,21	Base de Cálculo:	94,20
Energia:	51,32	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	16,01
Encargos:	2,66	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	16,01	Valor do COFINS:	0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00

0372019 0,00

ROT: 401.050.01.51.039000



SEU CÓDIGO
0531242-6

TOTAL A PAGAR - R\$
105,17

MÊS FATURADO
05/2019

VENCIMENTO
20/06/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº de Nota Fiscal: 002832001 FCAM

83690000001 6 05170075000 6 000000000531 4 24260519008 9



Componente de residência

CERTIFICADO
Autenticidade do documento apresentado
Autenticidade do documento apresentado
Autenticidade do documento apresentado

AUTENTICAÇÃO

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado

Autenticidade do documento apresentado



Para consulta
consulte o número
053



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/MS

Nº da Nota Fiscal 003380669

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

AGOSTO/2019 20/09/2019 263 147,15

JOSE AMARANTES DA SILVA

V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SAO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

DADOS DA LEITURA	DADOS DA LEITURA
Atual: 9511	Atual: 07/08/2019
Anterior: 9248	Anterior: 08/07/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 07/09/2019
Consumo Medido: 263	Emissão: 06/08/2019
Consumo Faturado: 263	Exercício: 07/08/2019

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RURAL	BI	TDB1617572		4.2.2.2	314

HISTÓRICO (KWh)	DESCRIÇÃO DA COTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 263 A R\$ 0,540923 = 142,26
JUL/19 162	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPIM (2X) 0,44
JUN/19 133	MULTA POR ATRASO (2X) 3,44
MAI/19 176	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 1,01
ABR/19 309	
MAR/19 320	
FEV/19 390	
JAN/19 398	
DEZ/18 395	
NOV/18 359	
OUT/18 391	
TARIFA SEM PREJUÍZOS:	
B A 263 - 0,440240	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 06/08/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 80F2.8323.E88A.4079.E836.7354.4439.9004

DISTRIBUIÇÃO DA COTA - R\$		RESPONSABILIDADE	
Distribuição:	76,70	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	24,18
Transmissão:	3,98	Valor do ICMS:	0,21
Energos:	25,41	Valor do PIS:	1,07
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

06/2019 0,00

ROT: 401.050.01.51.039000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

REV. CÓDIGO
0531242-6

TOTAL A PAGAR - R\$
147,15

MÊS FATURADO
08/2019

VENCIMENTO
20/09/2019

Nº da Nota Fiscal

003380669 FCAM

83680000001 7 47150075000 8 000000000331 4 24200019000 6



SFQ.: 00043 UC: 0531242-G DT.: EIT.: 07/08/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 9511 NORMAL TOTAL: 147,15 CARGA: 001

RECEBIDO

28 AGO 2019

Concedora Lider DPVAT

9598803 0069

9599173 8454

João Paulo L. L.

Paciente em a. capalhe
a. f. p. a. c. eleva. f. p. d.
e. r. p. l. o. s. a. c. p. p. r.
e. g. u. a. l. e. , y. c. r. e. l. e. m. b. e.
a. t. e. d. e. n. t. e. e. g. i. c. e. . A. p. p. r.
e. m. a. f. u. l. h. e. r. t. o. l. a. l. e.
p. l. a. 120 p. r. o. x. i. m. a. e. .

24
02
19.

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM-RR 1256

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTIMAR DE SOUSA PINTO
 BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
 CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900089213	17/01/2019 10:21:56	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	8
Paciente JOSE AMARANTE DA SILVA		Data Nascimento 02/01/1966	Idade 53 A 0 M 15 D	CNS	CPF 58140417220	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE 140288	Documento SSPRR	Atuação Emissor SSPRR	Data Emissão 24/10/2008	Sexo M	Estado Civil PARDA	Naturalidade CHAPADINHA
MÃE EUZANIRA VIEIRA DA SILVA		Pai SEBASTIAO LAGO DA SILVA		Contatos - Cel2: 34039733 -		
Endereço AVENIDA - JOAO RODRIGUES - - - -						

Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA NÚNICO DE SAÚDE	N da Carteira	Validade	Autorização 26.6	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIMENTO	Carate do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso 138/80
Sector	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: MARCIA BARBOSA		
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Atípico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

Diagnóstico de Enfermagem	GSC	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Acidose de rotina (Sic)

Exame Físico	<i>Feiões contendo um muco. (Sic)</i>
--------------	---------------------------------------

Hipótese Diagnóstica	<i>+ retensão pulmonar</i>
----------------------	----------------------------

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) <i>ADP e SIV</i>	Confere com original	
2) <i>Suplementos (1 gr) (EV)</i>		
3) <i>Tetraciclina (40 mg) (EV)</i>		
4) <i>Cefalotina (2 gr) (EV)</i>		
5) <i>Paracetamol antalgico</i>		
Condução		
☐ Alta por Deficiência Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:	☐ Ambulatório ☐ Observação (até 24h) ☐ Internação	
Alto	Data e Hora da Saída/Alta: <i>27-01-2019</i>	
Antes da 1ª Atendimento? ☐ Sim ☐ Não	Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica	

Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura do Médico
<i>João Roberto Silva, CO.</i>	<i>Dr. Oscar E. Rios Quinto</i>
CPF: 598.713.072-00 HRSGOSP	Clinica Geral CRM-RR 1998

Confere
com original

JOSE ALESSANDRO

05.370.016/0001-00
 HOSPITAL REGIONAL SUL
 GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUSA PRATO

Br. 174 - KM 453
 CEP: 69.370-970

RODINÓPOLIS

RR

123

14:30 Divisão paciente a
 permanecer no leito P.O
 para evitar náuseas por meio
 de sonda

14h Parada lavagem
 com antissépticos e por
 meio de sonda, apresentar
 a presença de m m i e
 a presença de m m i e
 a presença de m m i e
 a presença de m m i e

1 Dig. laxe

17

2 Kefl. 4 - 8/6 - 12 - 14

3 metformina 500 mg 12 - 14

4 fentanil 240 mg 14 - 16

5 Dip. 200 mg 16 - 18

6 Tilc. 200 mg 18 - 20

7 Tramal 100 mg 20 - 22

8 CCNA 100 mg 22 - 24

9 JSVV + CC 6 a

10 JSVV + CC 6 a

PA: 100 x 80

SA: 93

BC: 78

17h PD: 100 x 70 mmHg

F: 88 bpm

P: 16 mmHg

Dr. Gustavo Furtado
 Ortopedia
 CRM-RR 12.

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO:	QUARTO / <i>Quarto Amarelo</i>	LEITO <i>23</i>	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE <i>JOSÉ L. M. Alves</i>			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Drº			

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
		HORARIO
05.370.046/0001-00	HOSPITAL REGIONAL SUL	OBSERVAÇÕES
GOV. DO RIO GRANDE DO SUL	CONFERIR	
EST. 174 - Km 458	Com original	
CEP: 69.370-970		
ROSAIRÓPOLIS		
RR		
18/01/2010	01.02.20	
02.03.20	03.04.20	
04.05.20	05.06.20	
06.07.20	07.08.20	
08.09.20	09.10.20	
10.11.20	11.12.20	
12.01.21	13.02.21	
14.03.21	15.04.21	
16.05.21	17.06.21	
18.07.21	19.08.21	
20.09.21	21.10.21	
22.11.21	23.12.21	
24.01.22	25.02.22	
26.03.22	27.04.22	
28.05.22	29.06.22	
30.07.22	31.08.22	
01.09.22	02.10.22	
03.11.22	04.12.22	
05.01.23	06.02.23	
07.03.23	08.04.23	
09.05.23	10.06.23	
11.07.23	12.08.23	
13.09.23	14.10.23	
15.11.23	16.12.23	
17.01.24	18.02.24	
19.03.24	20.04.24	
21.05.24	22.06.24	
23.07.24	24.08.24	
25.09.24	26.10.24	
27.11.24	28.12.24	
29.01.25	30.02.25	
31.03.25	01.04.25	
02.05.25	03.06.25	
04.07.25	05.08.25	
06.09.25	07.10.25	
08.11.25	09.12.25	
10.01.26	11.02.26	
12.03.26	13.04.26	
14.05.26	15.06.26	
16.07.26	17.08.26	
18.09.26	19.10.26	
20.11.26	21.12.26	
22.01.27	23.02.27	
24.03.27	25.04.27	
26.05.27	27.06.27	
28.07.27	29.08.27	
30.09.27	31.10.27	
01.11.27	02.12.27	
03.01.28	04.02.28	
05.03.28	06.04.28	
07.05.28	08.06.28	
09.07.28	10.08.28	
11.09.28	12.10.28	
13.11.28	14.12.28	
15.01.29	16.02.29	
17.03.29	18.04.29	
19.05.29	20.06.29	
21.07.29	22.08.29	
23.09.29	24.10.29	
25.11.29	26.12.29	
27.01.30	28.02.30	
29.03.30	30.04.30	
31.05.30	01.06.30	
02.07.30	03.08.30	
04.09.30	05.10.30	
06.11.30	07.12.30	
08.01.31	09.02.31	
10.03.31	11.04.31	
12.05.31	13.06.31	
14.07.31	15.08.31	
16.09.31	17.10.31	
18.11.31	19.12.31	
20.01.32	21.02.32	
22.03.32	23.04.32	
24.05.32	25.06.32	
26.07.32	27.08.32	
28.09.32	29.10.32	
30.11.32	31.12.32	
01.01.33	02.02.33	
03.03.33	04.04.33	
05.05.33	06.06.33	
07.07.33	08.08.33	
09.09.33	10.10.33	
11.11.33	12.12.33	
13.01.34	14.02.34	
15.03.34	16.04.34	
17.05.34	18.06.34	
19.07.34	20.08.34	
21.09.34	22.10.34	
23.11.34	24.12.34	
25.01.35	26.02.35	
27.03.35	28.04.35	
29.05.35	30.06.35	
31.07.35	01.08.35	
02.09.35	03.10.35	

Cañuto Pance collected
near Puyo; Tinto Camanche
Herbolí, Páez.

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE: JOSE SUMARA PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Drº [Assinatura] Com original			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Oral 1000	SUB	15h. P.O. a presença de debrida em m.t.d. 18h. partição do m.t.d. apresenta a observação de 09h. - falta de melhora de paciente de m.t.d. [Assinatura] [Assinatura]
19.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
20.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
21.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
22.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
23.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
24.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
25.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
26.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
27.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
28.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
29.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
30.04.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
01.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
02.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
03.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
04.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
05.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
06.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
07.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
08.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
09.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
10.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
11.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
12.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
13.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
14.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
15.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
16.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
17.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
18.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
19.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
20.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
21.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
22.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
23.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
24.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
25.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
26.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
27.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
28.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
29.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
30.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
31.05.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
01.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
02.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
03.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
04.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
05.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
06.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
07.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
08.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
09.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
10.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
11.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
12.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
13.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
14.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
15.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
16.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
17.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
18.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
19.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
20.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
21.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
22.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
23.06.2014	Oral 1000	(NT)	[Assinatura] [Assinatura]
24.06.20			

[illegible]

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	Confero		
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dr°	com original		
05/10/2019			
HOSPITAL REGIONAL SUL GOV. OTTOMAR DE SOUSA PINTO			
RUA 17A - KM 458			
CEP: 69.370-970			
RORAIMÓPOLIS			
RR			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
26/07	Po Clampe / 12h		
19/07	com sinais de infecção		
	Adm - admissão		
	Adm com prescrição		
	Orçamento e exames		
	Orçamento e exames		

Elson Alves da Silva
Médico Geral
CPF: 608.713.072-00
14713 GO SP

Dr. Gustavo F. Lima
Ortopedista
CRM-RR 1258

UNIDADE / SETOR HISGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	JOSÉ ALVES	23	Confere
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR.	DR. JOSÉ ALVES	com original	
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR ANTONIO DE AGUIAR			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Dr. João	5:00	
	Dr. João	12:00	
	Dr. João	18:00	
	Dr. João	21:00	
	Dr. João	24:00	
	Dr. João	27:00	
	Dr. João	30:00	
	Dr. João	33:00	
	Dr. João	36:00	
	Dr. João	39:00	
	Dr. João	42:00	
	Dr. João	45:00	
	Dr. João	48:00	
	Dr. João	51:00	
	Dr. João	54:00	
	Dr. João	57:00	
	Dr. João	60:00	
	Dr. João	63:00	
	Dr. João	66:00	
	Dr. João	69:00	
	Dr. João	72:00	
	Dr. João	75:00	
	Dr. João	78:00	
	Dr. João	81:00	
	Dr. João	84:00	
	Dr. João	87:00	
	Dr. João	90:00	
	Dr. João	93:00	
	Dr. João	96:00	
	Dr. João	99:00	
	Dr. João	102:00	
	Dr. João	105:00	
	Dr. João	108:00	
	Dr. João	111:00	
	Dr. João	114:00	
	Dr. João	117:00	
	Dr. João	120:00	
	Dr. João	123:00	
	Dr. João	126:00	
	Dr. João	129:00	
	Dr. João	132:00	
	Dr. João	135:00	
	Dr. João	138:00	
	Dr. João	141:00	
	Dr. João	144:00	
	Dr. João	147:00	
	Dr. João	150:00	
	Dr. João	153:00	
	Dr. João	156:00	
	Dr. João	159:00	
	Dr. João	162:00	
	Dr. João	165:00	
	Dr. João	168:00	
	Dr. João	171:00	
	Dr. João	174:00	
	Dr. João	177:00	
	Dr. João	180:00	
	Dr. João	183:00	
	Dr. João	186:00	
	Dr. João	189:00	
	Dr. João	192:00	
	Dr. João	195:00	
	Dr. João	198:00	
	Dr. João	201:00	
	Dr. João	204:00	
	Dr. João	207:00	
	Dr. João	210:00	
	Dr. João	213:00	
	Dr. João	216:00	
	Dr. João	219:00	
	Dr. João	222:00	
	Dr. João	225:00	
	Dr. João	228:00	
	Dr. João	231:00	
	Dr. João	234:00	
	Dr. João	237:00	
	Dr. João	240:00	
	Dr. João	243:00	
	Dr. João	246:00	
	Dr. João	249:00	
	Dr. João	252:00	
	Dr. João	255:00	
	Dr. João	258:00	
	Dr. João	261:00	
	Dr. João	264:00	
	Dr. João	267:00	
	Dr. João	270:00	
	Dr. João	273:00	
	Dr. João	276:00	
	Dr. João	279:00	
	Dr. João	282:00	
	Dr. João	285:00	
	Dr. João	288:00	
	Dr. João	291:00	
	Dr. João	294:00	
	Dr. João	297:00	
	Dr. João	300:00	
	Dr. João	303:00	
	Dr. João	306:00	
	Dr. João	309:00	
	Dr. João	312:00	
	Dr. João	315:00	

12	36.4°C	78	21	120x80
18	36.5°C	79	20	120x80
24	36.9°C	78	19	120x80
30	36.7°C	74	19	120x80

José Ananias L. 23

1701.19 Paciente no leito, em repouso P. Anestésico
nas pernas quixos, amarelo periferico
moderado em membros superiores, este
em jejum P.O. desde a orientacao

Confere
com origina.

537180

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-0
HRSOSP

05.370.016/01-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR CELSO DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 458
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor e Trabalho"

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

José Amante da Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
<i>Guindazepam 5mg 10:00h intrav.</i> <i>Ketalar 50mg 10:00h intrav.</i>		<i>ASA 145</i> <i>17/10/89</i>
AGENTES	M 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
LIQUIDOS VENOSOS	<i>500ml NaCl 0.9%</i>	
DA	240	
X	220	
ULSO	200	
ANES	180	
X	160	
OP	140	
Q	120	
TEMP	100	
ASPIR	80	
RESPI	60	
Q	40	
Export	20	
Anal		
Contro		
SIMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TECNICA
A <i>Neocaina 2.5mg</i>		
B <i>Bimorf 60mg</i>		<i>B.S.A.</i>
C <i>Guindazepam 5mg</i>		
D		
E		<i>4-20/min</i>
F		
G		
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cérebro - Nervo / Oro Faríngea
HECO		Naso / Oroquival - Cega
SANGUE		Bol - Tamp - Cefere do Tubo
		Bol Máscara
		Dificuldade Técnica
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA
OPERAÇÃO	<i>Osteotomia Int. Exposta para (C);</i>	
ANESTESIA	COORDE	PERDA SANGUINEA
<i>ASA 145</i>	<i>Dr. Gustavo</i>	<i>Compatível</i>

Elson Alvo da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.872-00
HRS GOS

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

24-10-89
CLP: 09.370-870

Confere
com origina.

III

Confete
com orçãos
públicos

documento de identificação



140283		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		24/10/2008	
JOSÉ AMARANTE DA SILVA					
SEBASTIÃO LAGO DA SILVA					
EUZANIRA VIEIRA DA SILVA					
CHAPADINHA - MA					
CERTID. NASC. 501 FLS 126		LIV 01		02/01/1966	
SÃO LUIZ DO ARAUÁ - RR					
501.404.172-20		Rita de Cássia Chelinho de Araújo			
2 VIA		Diretora do IROC			
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83					

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO LDO O ROR	
Polígrafo Direto	
do Amarante da Silva	

CPF	
Cadastro de Pessoas Físicas	
Número de Inscrição	
581.404.172-20	
Nome	
JOSÉ AMARANTE DA SILVA	
Assinatura	
12/10/2008	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042265101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAL 00500346089 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE AMARENTE DA SILVA

RR

CPF / CNPJ
581.404.172-20

PLACA
NUJ2679

PLACA ANT / UE

CHASSI
9C2KD0540DR111280

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2012

ANO MOD.
2013

CAP / POT / CIL
2P/01.49CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERDE

COTA ÚNICA
PAGO

VENC. COTA ÚNICA
PAGO

VENC. / COTAS
1* *****

VENC. / COTAS
2* *****

VENC. / COTAS
3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
R\$ 4.13

DATA DE PAGAMENTO
14/11/2018

SEM RESERVA DE DIREITO DE SAIR AMAR
DETRAN-RR
SAO LUIZ-RR

LOCAL
SAO LUIZ-RR

DATA
14/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042265101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
581. PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
14/11/2018

VIA 01 CPF / CNPJ
581.404.172-20

PLACA
NUJ2679

RENAVAM
00500346089

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.
2012

CALIBRE

CHASSI
9C2KD0540DR111280

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 4.13

R\$ 9.03

R\$ 90.53

CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$ 4.13

CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$ 90.53

CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$ 90.53

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO
14/11/2018

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.240.658/0001-04

Seguradora Líder DPVAT

Abstract

ELIAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizada

DATA
14/11/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.008/0001-04

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190215457
Nome do(a) Examinado(a):	JOSE AMARANTE DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	18, SN, CENTRO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	581.404.172-20
Data e local do acidente:	17/01/2019 SÃO LUÍS DO ANAUA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 16/09/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO DE MOTO/ANIMAL COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO MIE

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

VITIMA FEZ OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM MARÇO DE 2019

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

MIE: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO E + LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO + DISCRETO COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO

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 a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

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

TORNOZELO E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL MODERADO

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

ENDEREÇO ATUAL: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSÉ, MUNICÍPIO SÃO LUÍS DO ANAUÁ- RORAIMA



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

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

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR



COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Jose Amador da Silva

Data do Ato Declaratório: 17/01/2019 Possível CPF: 051.404.172-20 ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 583.404.172-20

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do INIL – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DANOS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

E-mail: mao_tam

Data: 01/07/2019

Assinatura

Tel: 83 98803-0065

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Data:

Assinatura

Marcado:

Assinatura do beneficiário

Jose Amador da Silva
Jose Amador da Silva
01/07/2019
80700877

Assinatura do beneficiário

Marcado:

Assinatura do beneficiário



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:

Data do Acontecimento:

17/03/2019

583.404.312-20

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DANOS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (freelance e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANH(EIROA)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANH(EIROA) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheir(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILH(O)A OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINH(O)A)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal

E-mail:

Data:

Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Data:

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

DUT

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Outros



Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3190 215457

☒ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☐ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☐ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

Outros



Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
24/06	

01/07 - 03/07 - 05/07 - 08/07 - 12/07 - 15/07 - 18/07
22/07 - 25/07 - 05/08

Nome: Rodrigo Pacheco

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Número do Sinistro: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Comprovante de residência

Uniqos



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOSE AMARANTE DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

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

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TORNOZELO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190215457 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096539/19

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF: 581.404.172-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: JOSE AMARANTE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE AMARANTE DA SILVA : 581.404.172-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: JOSE AMARANTE DA SILVA
CPF: 581.404.172-20

JOSE AMARANTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO