

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:
2626862720200206162807

Processo 0802257-21.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

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

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 04 de março de 2020 às 11:00:00

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

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08022572120208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 SIDNEY DE CASTRO FERREIRA**, 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 **04/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **10/09/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 29 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 o 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 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08022572120208230010.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2020.



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

DATA:	HORA:	FICHA DE ATENDIMENTO			CLÍNICA MÉDICA	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF		
JOSE SÁBIO DE CASTRO FERRAZ		40		510.746.802-92		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				M		BRASILEIRO
Mãe				Pai		
Endereço				CEP	99165-33-23	
Class. de Risco						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Temp.	Peso	Pressão	
SPA - Pronto Atendimento	Urgência					
Entrar	Tipo de Chegada		Registrado por:			
	Demanda Espontânea					
Queixa Principal	09:40h					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)	O paciente trazido pelo SAMU com histórico de trauma por motocicleta apontando ferimento aberto em região lateral medial de M.E. Superficial.					
Hipótese Diagnóstica						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO				
① Depressão 2g		CONFERE COM ORIGINAL				
② Dexclonazepam 1g		Em 10/09/19				
③ Ceftriaxona 1g IM		Ass.: Ribeiro				
④ ATT 0,5ml		10-23h				
Conduta						
☒ Alta por Decisão Médica	☐ Ambulatório					
☐ Alta a Pedido	☐ Observação (Até 24h)					
☐ Alta a Revelia	☐ Internação					
☐ Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta: / /					
óbito						
Antes do 1º Atendimento?	☐ Sim ☐ Não	Destino: ☐ Família ☐ IML	Anatomia Patológica: / /			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

ESQUERDO



JOSE SIDNEY DE CASTRO

20-04-2019 20:26:13

POLICLINICA COSME E SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
JOSE ROYCE DE CASTRO FREIREIRA	
	
ENDEREÇO: RUA BERNARDO 270224 ZIP 65	
CNPJ 510.748.369-89	DATA NASCIMENTO 07/03/1978
PLACA MARCUS LIMA FREIREIRA	
MARCUS JOSE DE CASTRO	
PERMISSÃO CATEGORIA	ACD CATEGORIA
AB	AB
CPF 06347454688	VALIDADE 19/07/2024
EMISSÃO 17/04/2016	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LOCAL CASA VISTA, RJ	DATA DE EMISSÃO 27/07/2016
DO DISTRITO DE DIRETOR PRESIDENTE DETALHADO	
ASSINATURA DO EMISSOR	
RORAIMA	
DENATRAN	
CONFIAN	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Posição Direita



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

LOCAL DO NASCIMENTO

VARGEM GRANDE - MA

CERTID. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43

CPF 475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Poder Judiciário - Roraima

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

P 7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418721/19

Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

CPF: 510.746.302-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: JOSE SIDNEY DE CASTRO
FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA : 510.746.302-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660935 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 04/09/2019.
VITIMA EM TRATAMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660935 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 04/09/2019.
VITIMA EM TRATAMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 270834 SSP/RR CPF: 510.746.302-97
RUA: PROF. ANTONIA CUTRIM N° 228 ENDEREÇO: RUA/AV.
BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP: 69

VÍTIMA: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA
CPF: 510.746.302-97 DATA DO ACIDENTE: 04/09/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recuso
N° DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
N° CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

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



BOA VISTA, 11 de Setembro de 2019.

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418721/19

Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

CPF: 510.746.302-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA : 510.746.302-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660935

Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190660935 Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Data do Acidente: 04/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15182811



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 510.746.302-97 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

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

5 - Nome completo: JOSÉ SIDNEY DE CASTRO FERREIRA 6 - CPF: 510.746.302-97
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA PROF. ANTONIA CATEM 9 - Número: 228 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-565
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95.911.9421

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 000.6052

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Cônjuge ☐ Casado no DV ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo ☐ Outros

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível do beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 15/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029804/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/09/2019 10:44 Data/Hora Fim: 10/09/2019 11:07
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 2058 Data: 04/09/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 04/09/2019 08:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. OLIMPICA

Bairro: Jardim Tropical

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ANTONIA COUTRIM
Bairro: HELIO CAMPOS

Nº: 228

Nome Civil: LUIZ HENRIQUE MARCURIA FILHO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA OP-XII
Bairro: OPERARIO

Nº: 738

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

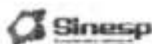
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 510.746.302-97	Placa NAP8430
Renavam 00842424997	Número do Motor KC08E25014067
Número do Chassi 9C2KC08205R014067	Ano/Modelo Fabricação 2005/2004
Cor VERDE	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/09/2019 10:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029804/2019

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/08/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Sidney de Castro Ferreira	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Luiz Henrique Marcuria Filho que Dirigia o Veículo PLACA NUK-0218 e o Sr. José Sidney de Castro Ferreira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAP-8430. Que devido ao acidente o Sr. José Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR RR
(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 11/09/2019 10:57
Protocolo nº: Não disponível

DAT

11 SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLÍCIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RELATORIO DE OCORRENCIA POLICIAL (ROP)

ROP	DATA	TIPO	UND OP	DP
2058	04/09/2019	RECAPTURA	CIPTUR	2DP
HORA TRANS.	HORA INICIAL	HORA CHEGADA	HORA FIM	VTR
08:50:00	08:50:00	09:00:00	10:00:00	CIPTUR-02
KM INICIAL	KM FINAL			
158793	158804			
Código Ocorrência	Código Providência	Código Serviço Prestado		
- 1001	- 13023			
Local da Ocorrência				
RUA: AVENIDA OLIMPICA, Nº 268, BAIRRO: JARDIM TROPICAL				

PESSOAS RELACIONADAS

	1 VITIMA	JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA		
	RG: 270834	CPF: 510.746.302-97	CNH: N/INF	Idade: 41
	País: BRASIL			
	ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ANTONIA CUTRIM, N-228, SENADOR HÉLIO CAMPOS			
	2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES: (ID 2058 - TIPO: VITIMA - OBS: CONDUTOR DO V1) - TOTAL DE CONDIÇÕES: 1			
	2 ENVOLVIDO	LUIZ HENRIQUE SCHAEFER MARCURIA FILHO		
	RG: 175079	CPF: 707.684.122-34	CNH: N/INF	Idade: 38
	País: BRASIL			
ENDEREÇO: RUA OPXII, 738, OPERÁRIO				
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES: (ID 2058 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR DO V2) - TOTAL DE CONDIÇÕES: 1				

HISTORICO DA OCORRENCIA

INFORMO QUE ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRA CITADO, NO LOCAL, AS INFORMAÇÕES DOS ENVOLVIDOS DÃO CONTA DE QUE V1 E V2 TRAFEGAVAM NA MESMA VIA, POREM SENTIDO OPOSTO. O V1(HONDA CG 150 TITAN NA COR VERDE E PLACA NAP-8430) TRAFEGAVA NA AVENIDA OLÍMPICA SENTIDO BAIRRO>CENTRO CONDUZIDO PELO ENVOLVIDO JOSÉ SIDNEY DE CASTRO FERREIRA, QUANDO NA ALTURA DO NUMERAL 265, ENVOLVEU-SE EM COLISÃO COM O V2(VW-FOX NA COR CINZA E PLACA NUK-0218) QUE TRAFEGAVA NA MESMA VIA, POREM, EM SENTIDO OPOSTO, CONDUZIDO PELO ENVOLVIDO LUIZ HENRIQUE SCHAEFER MARCURIA FILHO, E REALIZAVA MANOBRA DE RETORNO PARA SEGUIR NO MESMO SENTIDO QUE O V1. NA OCASIÃO, UMA EQUIPE DO SAMU SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E REMOUEU O ENVOLVIDO JOSE SIDNEY PARA O PSE. NÃO HOUE SOLICITAÇÃO DA PERICIA OFICIAL. AINDA NO LOCAL OS VEÍCULOS FORAM LIBERADOS SEM QUE FOSSE CONFECCIONADO QUALQUER PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO, OU TESTE DO ETILÔMETRO. O V1 FICOU SOB OS CUIDADOS DO SENHOR ELIAS FERNANDES MENDES, E O V2 FOI ENTREGUE AO PRÓPRIO CONDUTOR.

DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECCIONADO ESTE RELATORIO PARA FINS DE REGISTRO E CONHECIMENTO.

Antonio

2º SGT ANTONIO REJANE VICENTE DA SILVA
CADASTRO 47000649

LOCAL: BOA VISTA / RR - 04/09/2019

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

1. *[Signature]*



04/09/2019 10

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Injúria(s), tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro CASU: 3 - CPF da vítima: 51074630297 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ SUDNEY DE CASTRO FERREIRA

REVISÃO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 446/2012

5 - Nome completo: JOSÉ SUDNEY DE CASTRO FERREIRA 6 - CPF: 51074630297

7 - Profissão: RECAUSCU 8 - Endereço: Rua PROF. ARTHUR CLETON 9 - Número: 228 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-565

15 - e-mail: 16 - Telefone: 9799119-4001

ORÇOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo listados): ☐ Bradesco (299) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

22 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

23 - AGÊNCIA: 3406 CONTA: 000 6052

24 - Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem estiver a meu nome, após a entrega e efetivação de todos os documentos necessários para a liberação do valor recebido.

25 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAJUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo de Incapacidade Médica Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 3.941/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência;
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito e prossiguo a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento médico apresentado sem a apresentação do Laudo de IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente no trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 3.941/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima casada, com filho(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima (delegado, com autoridade), informar o nome completo:

28 - Vítima casada: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima (delegado, com autoridade), informar o nome completo: 30 - Vítima casada: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima (delegado, com autoridade), informar o nome completo: 32 - Se a vítima (delegado, com autoridade), informar o nome completo: 33 - Vítima casada: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem a qualquer tempo, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome: 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a pagar): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a pagar): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a pagar): 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: BOA VISTA 15/11/19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): 42 - Assinatura do Representante legal (se houver): 43 - Assinatura do Promotor (se houver):



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1827: -

SAMU
192

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE BRAVO I

EQUIPE:

Lucie / Dediel

Paciente:

José Sidnei de Castro Ferreira

Idade:

40

Sexo:

M

Nacionalidade:

Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço:

AV: OLIMPICA

Bairro:

OLIMPICO

Nº

15109

DATA

04/09/19

HORA J/9:

08:45

BASE () VIA

X

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a):

Drº ALISON

HORA J/10:

08:58

X CELULAR

MOTIVO
INICIAL

Colisão com X moto

INÍCIO DOS SINTOMAS:

Menos de 1 hora [X]

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB

- ☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento

- ☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica

- ☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado	☐ A pé ☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Bicicleta	☒ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Outro	☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus
		☐ Bicicleta ☐ Animal ☐ Outro	☐ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

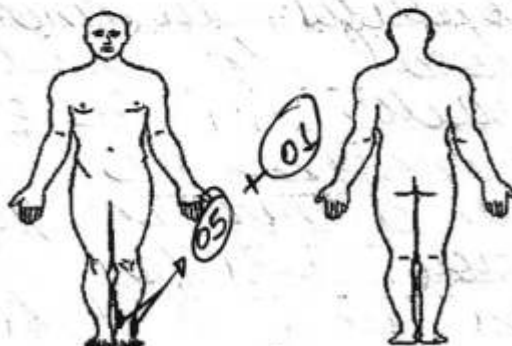
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia	☐ Brin-cardíaco ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 08:07	110 X 70	90	20	99	-	-	03	15
Fim 08:15	120 X 70	91	20	98	-	-	02	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
☒ Dor ☐ Hematoma ☐ Contusão ☐ Escoriação ☒ Laceração ☐ Luxação ☐ Fratura fechada ☐ Fratura exposta ☐ Amputação ☐ Evisceração ☐ Afundamento de crânio ☐ Ferimento penetrante ☐ Tórax instável ☐ Enflema subcutâneo ☐ Ferida aspirativa ☐ Empolamento ☐ Outros	☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ À dor ☐ Sem resposta	☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Sem resposta	☒ Obedece a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial	☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Assístolia	☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	☐ Metabólica ☐ Infecçosa ☒ TRAUMA	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
---	--	--	---	--	--

GRAVIDADE
COMPROVADA

[] Ileso

[] Pequena

[X] Média

[] Severa

[] Óbito

José Augusto da Costa Macedo

COREN - RR 197-TE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 04/09/19

Bombeiro

Outros: Esthiane

[] Cancelamento

[] Recusa de Atendimento

[] Hospitalização

[X] Polícia Militar

[] Guarda Municipal

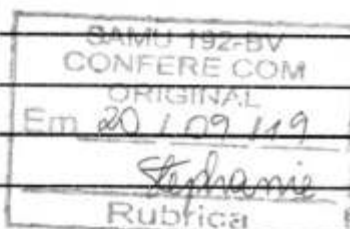
[] ICM/TRAN

PER DO PA	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
TERMO DE RECUSA	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva					
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante					
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☐ Colar cervical	☒ Curativos				
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-vaiva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:				
☒ Acesso venoso Gelco n° 20	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
01 AMP. DIP.	1g	EV	09:30				
01 AMP TILATIL	40mg	EV	09:32				
01 SFO, 9%	500ml	EV	09:34				

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima de acidente de trânsito colisão com moto, condutor da motocicleta encontrado no local do acidente, LOTG preservado com lacerações em MIE, realizamos os procedimentos necessários, notificamos SSU e informamos o MR Dr. Alison, que por sua vez, orientou realizar AVP + analgesia e encaminhá-la para o Hospital Come e Silva. Vítima entregue no Come e Silva LOTG e SSU preservados.





CNPJ 05.530.457/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL 25.085.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 88.300-410

0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula

802360

Setembro/2019

Dados do Cliente:

Endereço para entrega:

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

RUA PROF ANTONIA CUTRIM, 228 - SENADOR H

Inscrição

Rota

Sistema de Abastecimento de Água

001.029.636.0205.000

Data de instalação

2019

Residência

Situação Esgoto

NÃO MEDIDO

ANTERIOR

ATUAL

LIGADO

POTENCIAL

CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201908 10-8
201907 10-8
201906 10-8
201905 10-8
201904 10-8
201903 10-8

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 6440 - 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C. TOTAL	C. COL.
EXIGIDAS					
ANALISADAS					
CONFORMES					

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

VENCIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

23,83

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZAÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
802360	09/2019	15/10/2019	23,83

82680000000- 0 23830004001- 7 00080236001- 6 09201990003- 1



Via do Cliente

Via da CAER

CAER

CNPJ: 05.939.467/0001-15
 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
 FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
 SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRazo PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



CAER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.746.302 / 97 do sinistro de DPVAT: cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.746.302 / 97 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECURSO Renda: RECURSO e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Novembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante