

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:  
2665130320200316114549

Processo 0806888-08.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

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

500 por pág.

1

| Seq.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Data                | Evento                                                                                                                                                                                                                            | Movimentado Por                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <div><div></div></div> 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 16/03/2020 11:45:49 | <div>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</div> <div>Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A</div>                                                                                           | <div>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</div> <div>Procurador</div>             |
| <div><div>11.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2703440CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>11.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2703440CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div> |                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |
| <div><div></div></div> 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 13/03/2020 17:39:41 | <div>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</div>                                                                                                                                                                            | <div>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</div> <div>Procurador</div>             |
| <div><div>10.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2703440PETICAODEPROVASPROTOCOLADO01.pdf</div><div>Público</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |
| <div><div></div></div> 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10/03/2020 13:37:48 | <div>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</div> <div>Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 10/03/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.</div>                                   | <div>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</div> <div>Procurador</div>             |
| <div><div></div></div> 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10/03/2020 11:57:31 | <div>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</div> <div>Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé</div>                                                                       | <div>PRISCILLA RODRIGUES MARQUES</div> <div>Analista Judiciária</div> |
| <div><div></div></div> 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10/03/2020 11:55:25 | <div>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</div> <div>Para advogados/curador/defensor de ELAINE DE SOUZA VIEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (04/03/2020)</div> | <div>PRISCILLA RODRIGUES MARQUES</div> <div>Analista Judiciária</div> |
| <div><div></div></div> 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 04/03/2020 08:39:13 | <div>CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE</div>                                                                                                                                                                    | <div>Rodrigo Bezerra Delgado</div> <div>Magistrado</div>              |
| <div><div></div></div> 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 03/03/2020 10:46:15 | <div>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</div>                                                                                                                                                                               | <div>SISTEMA CNJ</div>                                                |
| <div><div></div></div> 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 03/03/2020 10:46:14 | <div>RECEBIDOS OS AUTOS</div>                                                                                                                                                                                                     | <div>SISTEMA CNJ</div>                                                |
| <div><div></div></div> 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 03/03/2020 10:46:14 | <div>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</div> <div>Registro de Distribuição</div>                                                                                                                                               | <div>SISTEMA CNJ</div>                                                |
| <div><div></div></div> 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 03/03/2020 10:46:14 | <div>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</div> <div>3ª Vara Cível</div>                                                                                                                                                                       | <div>SISTEMA CNJ</div>                                                |
| <div><div></div></div> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 03/03/2020 10:46:14 | <div>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</div>                                                                                                                                                                                          | <div>PAULO SERGIO DE SOUZA</div> <div>Advogado</div>                  |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08068880820208230010

**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 **ELAINE DE SOUZA VIEIRA**, 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 **26/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **25/10/2019**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

---

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

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

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

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

### **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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

| PARECER DE ANÁLISE MÉDICA                                                                                                                      |                                                     |  |                  |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>                                                                                                                       |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Número: 3190611909                                                                                                                             | Cidade: Boa Vista                                   | Natureza: Invalidez Permanente                                                    |                  |                              |
| Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA                                                                                                                 | Data do acidente: 26/06/2019                        | Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA                                 |                  |                              |
| <b>PARECER</b>                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Diagnóstico: FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D                                                                                                         |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Descrição do exame: APRESENTA TESTE DE PATRICK POSITIVO A DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ELEVÇÃO E ABDUÇÃO DO físico: QUADRIL DIREITO     |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D, FOI SUBMETIDA A CLÍNICO, REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO, ESTÁ DE ALTA. |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Sequelae permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO.                                                                                  |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Sequelae: Com sequela                                                                                                                          |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Data do exame físico: 16/12/2019                                                                                                               |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Conduta mantida:                                                                                                                               |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO QUADRIL DIREITO EM GRAU INTENSO.                      |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| <b>DANOS</b>                                                                                                                                   |                                                     |                                                                                   |                  |                              |
| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                                                                                                             | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>                       | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
| Perda completa da mobilidade de um quadril                                                                                                     | 25 %                                                | Em grau intenso - 75 %                                                            | 18,75%           | R\$ 2.531,25                 |
|                                                                                                                                                |                                                     | <b>Total</b>                                                                      | <b>18,75 %</b>   | <b>R\$ 2.531,25</b>          |

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.

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

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

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: | 20/12/2019 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 2.531,25   |

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000048621-6

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

#### **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.

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 pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

---

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

<sup>6</sup> “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 Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br

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 citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

---

*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).*

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

<sup>8</sup> **art. 1º. (...)**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de março de 2020.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

## QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

## TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total (100%)  | Intensa (75%) | Média (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |               |               |              |              |                |
| 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 **ELAINE DE SOUZA VIEIRA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08068880820208230010.

Rio de Janeiro, 6 de março 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



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 037265/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/10/2019 10:49 Data/Hora Fim: 25/10/2019 11:04  
Origem: Polícia Judiciária Data: 25/10/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/06/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Cassiopéia

Bairro: Cidade Satélite

Ponto de Referência: Colégio Milita Irmã Maria Tereza Paródia  
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                      | Meio(s) Empregado(s) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB ) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELAINE DE SOUZA VIEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Normandia Sexo: Feminino Nasc: 24/03/1975  
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Fundamental Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Leonete de Souza Nome do Pai: Zenobio Vieira da Rocha

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 660.739.102-82  
RG - Carteira de Identidade: 211895

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua 04 Nº: 61  
Complemento: Casa  
Bairro: Cidade Satélite  
Telefone: (95) 99141-8890 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                         |                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------|
| Grupo Veículo           | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade                             |
| Situação Meio Empregado |                                                  |

| Nome Envolvido | Envolvimentos           |
|----------------|-------------------------|
| Desconhecido 1 | Proprietário, Possuidor |





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037265/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava de a pé, veio a colidir por um veículo. Que sofreu lesões corporais e foi socorrida para o HGR. Que o veículo ocasionador evadiu-se do local e não informar nenhuma característica identificadora do mesmo, apenas que era de cor cinza. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matricula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

25 OUT. 2019

Elaine de Souza Vieira

Elaine de Souza Vieira  
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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

Escolha um (os) tipo(s) de cobertura: ☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº da inscrição do AS: 660.739.102-82 3 - CPF do titular: 660.739.102-82 4 - Nome completo do titular: ELAINE DE SOUZA VITORA

REQUISITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VIT/TA/SEMINTICÁRIU/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR RUSEF Nº 445/2012

5 - Nome completo: ELAINE DE SOUZA VITORA 6 - CPF: 660.739.102-82

7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA 04 9 - Número: 66 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-473

15 - E-mail: marcelo.silva638@gmail.com 16 - Tel./DDD: (95) 91144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VIT/TA/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, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.500,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE CONTA: ☒ CONTA POUANÇA ☐ CONTA CORRENTE (paga a vista)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00048621 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informe o código da agência) (Informe o código da conta) (Informe o código da agência) (Informe o código da conta)

Autentico a Seguradora Líder e declaro que a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento devido ao Seguro DPVAT, que eu (titular, representante e/ou curador), desde já e somente após a efetivação do crédito, quitarei total ou parcialmente.

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 Médico Legal (ML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 2.591/74), uma vez que:

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

Solicito a omissão do prazo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, para apresentação do Laudo do IML, comunicando, desde já, que me submeterei à análise médica presencial, caso necessário, às justas condições, conforme o disposto na Lei nº 2.591/74.

Declaro que esta autorização não significa mérito ou preferência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a decisão técnica, caso discorda da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com o titular: ☐ 24 - Víter da(s) companheira(s): ☐ Sim ☒ Não

25 - Víter da(s) filha(s) do titular: ☐ 26 - Víter da(s) filha(s) do titular: ☐ 27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Víter da(s) filha(s) do titular: ☐ 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☒ Não 30 - Víter da(s) filha(s) do titular: ☐ 31 - Víter da(s) filha(s) do titular: ☐ 32 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☒ Não 33 - Víter da(s) filha(s) do titular: ☐ 34 - Víter da(s) filha(s) do titular: ☐ 35 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e estiverem em condições, estando de acordo, ainda, de que qualquer alteração ou exclusão não poderá gozar a obrigação de ressarcimento decorrente da Lei nº 2.591/74.

31 - Nome completo de quem assina a petição (a regra): \_\_\_\_\_

32 - CPF igual de quem assina a petição (a regra): \_\_\_\_\_

33 - Assinatura de quem assina a petição (a regra): \_\_\_\_\_

34 - Nome: \_\_\_\_\_

35 - CPF: \_\_\_\_\_

36 - Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

37 - Nome: \_\_\_\_\_

38 - CPF: \_\_\_\_\_

39 - Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

40 - Nome: \_\_\_\_\_

41 - CPF: \_\_\_\_\_

42 - Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

43 - Nome: \_\_\_\_\_

44 - CPF: \_\_\_\_\_

45 - Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Boa Vista 20/10/19

41 - Assinatura do representante legal (se houver): Elaine de Souza Vitor

42 - Assinatura do beneficiário (se for o caso): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Marcelo Roberto Silva

# 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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000048621-6

---

Nr. da Autenticação CA2BF92B5B092391



Para contato  
consulte conosco  
este número



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal

00102487-6

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

| CONTA MÊS     | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| SETEMBRO/2019 | 01/10/2019 | 122           | 154,35              |

ELAINE DE SOUZA VIEIRA

R. 04 01 Q 06 LT 1/0 E 13 CIDADÃO SATELITE

CPF: 00066073010232

CEP: 69.317-473 - BOA VISTA

RG: 2.451.74.15 038.000

| DADOS DA LEITURA            | kWh   | kVarh | DATAS DA LEITURA |
|-----------------------------|-------|-------|------------------|
| Atual:                      | 12312 |       | 11/09/2019       |
| Anterior:                   | 12190 |       | 13/08/2019       |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 |       | Próxima Leitura: |
| Consumo Medido:             | 122   |       | 11/10/2019       |
| Consumo Faturado:           | 122   |       | Emissão:         |
|                             |       |       | 10/09/2019       |
|                             |       |       | Apresentação:    |
|                             |       |       | 11/09/2019       |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |           |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto     | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESID. BX. RENDA             | MONO    | E2733222       | H 1404489 | 1.4.1.1     | 95             |

| HISTÓRICO kWh         | DESCRIÇÃO DA CONTA                |
|-----------------------|-----------------------------------|
| Mês/ano consumo       |                                   |
| AGO/19 110            | CONSUMO 10 A R\$ 0,76,664 - 7,87  |
| JUL/19 100            | 70 A R\$ 0,4,0769 - 31,51         |
| JUN/19 80             | 20 A R\$ 0,075410 - 14,85         |
| MAI/19 105            | SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 30,23       |
| ABR/19 100            | CORR MONETÁRIA 100 CIG 1/10 0,29  |
| MAR/19 92             | PARCELAMENTO DO DÉBITO 1/10 74,33 |
| FEV/19 96             | ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,50          |
| JAN/19 102            |                                   |
| DEZ/18 84             |                                   |
| NOV/18 99             |                                   |
| TARIFA SDN 21/09/19   |                                   |
| 0 A 20 - 0,41,0000    |                                   |
| 21 A 40 - 0,76,6640   |                                   |
| 41 A 60 - 0,76,6640   |                                   |
| 61 A 80 - 0,76,6640   |                                   |
| 81 A 100 - 0,76,6640  |                                   |
| 101 A 120 - 0,76,6640 |                                   |
| 121 A 140 - 0,76,6640 |                                   |
| 141 A 160 - 0,76,6640 |                                   |
| 161 A 180 - 0,76,6640 |                                   |
| 181 A 200 - 0,76,6640 |                                   |

### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Res/Ano Valor R\$ 08/2019 74,77

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 0 11 16 21 26

### RESERVADO AO FISCO

D70E 81EE 3FF6 385B 6AF4 0FEF F40C 47B8

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 13,92       | Base de Cálculo: 54,23  |
| Energia: 29,49            | Alíquota ICMS: 17,00%   |
| Transmissão: 0,00         | Valor do ICMS: 9,21     |
| Encargos: 1,53            | Valor do PIS: 0,01      |
| Tributos: 0,00            | Valor do COFINS: 0,07   |

### INDICADORES DE CONTINUIDADE

|      |       |       |      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| 8,35 | 17,00 | 35,40 | 8,46 | 16,90 | 32,34 | 4,82 |
| 0,00 |       |       | 0,00 |       | 0,00  |      |

DISTRITO

07/2019

16,53

RG: 32.001.24.15.038.000



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0102487-6

TOTAL A PAGAR - R\$

154,35

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

01/10/2019

Nº da Nota Fiscal

00102487-6

83630000001 2 54350075000 4 000000000102 4 48760919008 6



|                  |                        |                       |
|------------------|------------------------|-----------------------|
| 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           |

|                                 |                   |               |
|---------------------------------|-------------------|---------------|
| 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



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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 ELAINE de SOUSA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.739.102 / 82 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vitim ELAINE de SOUSA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.739.102 / 82 conform determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Reclusão Renda: Recusa 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 outubro de 2019  
Local e Data

RAIMUNDO NONATO SILVA  
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

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

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

1901128202

26/06/2019 20:28:22

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

Paciente

ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Tipo Doc

Documento

IDENTIDADE 211895

Mãe

LEONETE DE SOUZA

Endereço

RUA - RUA 4 61 Q 06 LT 170 C18 - 61 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

24/03/1975

Idade

44 A 3 M 2 D

CNS

700701908520378

CPF

66073910282

Órgão Emissor

SSPRR

Data Emissão

27/06/2007

Sexo

F

Estado Civil

UNIAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

NORMANDIA - RR

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

(95) 99140-6464

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ATROPELAMENTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Situação

CIRURGIA DE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

RICARDO PEREIRA

Queixa Principal

Do tornozelo e envergadura

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Exame Físico

Paciente agitada, eupneica, Glasgow 15, A.A.A., sinais de trauma por acidente automobilístico, em decúbito dorsal, posteira em perna direita, edema na coxa esquerda, envergadura e efêmera acetabular, pupila esquerda dilatada.

Hipótese Diagnóstica

S.T. - Exames Complementares

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

## PRESCRIÇÃO

- ① Dexametazona 4mg EV q8h  
② Fentanyl 100mcg EV q8h

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Lucas Duarte  
Médico  
CRM-RR 1787

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Róvela☒ Transferência para: Ortopedia☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Data

Data do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308  
Novo Planalto - Tel: (95) 2121-0620

Carimbo e Assinatura do Médico

AUTENTICAÇÃO

26 JUN 2019  
Assinatura

Cópia e Colagem de Original  
cópia e Colagem de Original  
6.252-9887/ISA/RA/IFF135460-9923-408E-A516-A8AE1300596A.html



1901128202

Ortopedia

Dr. Patrick

Paciente V. Lima de subpelo. Com nota  
refere dor no braço  
e/ou dor no ombro (1) 1 polegar  
deformado. Fratura com 2 linhas paralelas (1)  
H. 17 Fratura 1 linha paralela (1)

Dr. Odinachi Kexim  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17.744

Com analgesia + imobilização + fixação  
H. x ortopedia. Tratamento conservador com gesso  
Placa para G. 1 para controle pl. braço.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brip. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - 69.195-21-21-0620  
AUTENTICAÇÃO  
02/08/2019  
Andreia  
Certifico que a cópia presente  
é fiel reprodução Original  
que foi apreendida neste Hospital

D

ELAINE DE SOUSA VIEIRA

8139

HOSPITAL CORONEL MOTA

24/07/2019

Vilson

76.4%





GOVERNO DO PARANÁ  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Elaine dos V. B.

RECIBIMOS

Seu Med.

Paciente com diagnóstico de  
Fratura do pé direito.  
A mãe, atualmente encontra-se  
gravemente doente, necessita  
de melhorias, deambulando  
lento.

024 5528

DATA 28/11/87

Assinatura do Médico

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota, 836 - Centro - 191  
CEP: 69.201-150 - CNPJ 04.013.402/0001-00

207.11962.52-0

4810998

0040

RR

Elaine de Souza Vieira



ELAINE DE SOUZA VIEIRA

FILIAÇÃO: ZENOBIO VIEIRA DA ROCHA

LEONETTE DE SOUZA

NASCIMENTO: 24/03/1975

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 211896 SESP RR 13092011

LEI Nº 9.045, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 660.739.102-82 CNH:

TT. ELEITOR: 00251062531 SEÇÃO: 3368

ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/RR - 09/05/2014

A handwritten signature in black ink, likely of the official responsible for the document.

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




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

NOME  
**RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO  
**VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE  
**VARGEM GRANDE - MA**

DATA DE NASCIMENTO  
**15/09/1968**

CPF  
**475.628.463-91**

CERTIDÃO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

3 VIA

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Secretário de Estado da Segurança Pública

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

|                                              |                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| Número do sinistro:                          | 3190611909                     |
| Nome do(a) Examinado(a):                     | ELAINE DE SOUZA VIEIRA         |
| Endereço do(a) Examinado(a):                 | RUA 04 61 CASA CIDADE SATÉLITE |
| Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: | 660.739.102-82                 |
| Data e local do acidente:                    | 26/06/2019 BOA VISTA - RR      |
| Data e local do exame:                       | BOA VISTA/RR, 16/12/2019       |

**Resultado da Avaliação Médica**

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

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO OM CONSEQUENTE FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA DE NOVEMBRO DE 2019

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

QUADRIL/PÚBIS: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO - TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO D

**IV) Nexa 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.**

QUADRIL D: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO-FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO

**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):** QUADRIL D

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

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



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

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

**EU:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA,  
portador da carteira de identidade de nº 211895-5CSP/RR, e  
CPF nº 660.739.102-82, residente e domiciliado à  
RUA 04 BAIRRO Cidades Satélite Nº 61,  
na Cidade de Bom Vistas - Roraima.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial à Seguradora  
Lider dos Consórcios que, fui socorrido por terceiros e levado ao  
pronto socorro, mesmo existindo serviço de atendimento de  
emergência na cidade. Tal feito se deve a insuficiência técnica e  
operacional do serviço, onde a demanda não é suprida por falta de  
investimento do poder público.

Declaro sobre as penas da Lei nº 7.115/83 e do art. 299 do Código  
Penal Brasileiro, que as declarações acima são verdadeiras.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Bom Vistas, RA de outubro de 2019

Elaine de Souza Vieira

**ASSINATURA DO DECLARANTE**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

556912

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

CPF: 660.739.102-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91**

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

**ELAINE DE SOUZA VIEIRA : 660.739.102-82**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**Data do acidente:** 26/06/2019

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS  
ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

**Descrição do exame físico:** APRESENTA TESTE DE PATRICK POSITIVO A DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO QUADRIL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D, FOI SUBMETIDA A CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO QUADRIL DIREITO EM GRAU INTENSO.

## 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 quadril | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                      |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

**Descrição do exame físico:** APRESENTA TESTE DE PATRICK POSITIVO A DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO QUADRIL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D, FOI SUBMETIDA A CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO QUADRIL DIREITO EM GRAU INTENSO.

**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 quadril | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                      |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. PR1, 2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um quadril | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                      |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190611909 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. PR1, 2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>quadril | 25 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 6,25 %    | R\$ 843,75               |

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: ELAINE DE SOUZA VIEIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA RG: 211895 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
RUA 04 CPF: 660.739.102-82 ENDEREÇO: RUA/AV  
BAIRRO: Cidade Satélite CIDADE: Boa Vista RR: Nº 61  
CEP 69.317-473

VÍTIMA: ELAINE DE SOUZA VIEIRA  
CPF: 660.739.102-82 DATA DO ACIDENTE: 26/02/19  
NATUREZA: ( ) DAMS (b) INVALIDEZ ( ) MORTE

## OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Recuso  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº 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.

CARTÓRIO  
LOUREIRO

Boa Vista, 25 de outubro de 2019

Elaine de Souza Vieira  
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



**CARTÓRIO LOUREIRO**  
DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
AV. VILLE BOIS Nº 503 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3634-6097 - ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR  
REC VERDADEIRA N(º) ASSINATURA(S)  
[132XKNC01] ELAINE DE SOUZA VIEIRA  
LG-Em testemunho da verdade Boa Vista, 26/10/2019  
Eml: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, ISS: 0.10, VPF: 3.00  
Selo: REC FIR 158343 V0H6UQ2BEX1ZVG10 Nº Ticket: 00218  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 66073910282

Andre Sabino  
Escrivão Autorizado  
Cartório Loureiro

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**Data do acidente:** 26/06/2019

**CPF:** 660.739.102-82

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### ELAINE DE SOUZA VIEIRA : 660.739.102-82

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

**Número do Sinistro:** 3190611909

**Vítima:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**Data do acidente:** 26/06/2019

**CPF:** 660.739.102-82

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELAINE DE SOUZA VIEIRA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

---

**Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190611909**

**Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190611909                      Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 26/06/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA

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

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues. |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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, 11 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190611909**

**Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190611909**

**Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: **ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **000000048621-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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: 660.739.102-82 4 - Nome completo da vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

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

5 - Nome completo: ELAINE DE SOUZA VIEIRA 6 - CPF: 660.739.102-82  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua 04 9 - Número: 61 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: cidade Satélite 12 - Cidade: Bon Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.817-473  
15 - E-mail: monato.silva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 91144021

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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00048621 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):  
37 - Nome legível 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, Bon Vista 29/10/19

ELAINE DE SOUZA VIEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

RAIMUNDO MONATO SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS