

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: 2667304220200317165725

Processo 0807427-71.2020.8.23.0010 ☆ - (11 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)

Reservas

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:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
6	17/03/2020 16:57:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2704948CONTESTACAO01.pdf Público 6.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2704948CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
5	06/03/2020 15:09:37	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	06/03/2020 15:09:36	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	06/03/2020 15:09:36	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	06/03/2020 15:09:36	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		2ª Vara Cível	
1	06/03/2020 15:09:36	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Processo: 08074277120208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CHARLES DA SILVA RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **20/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/06/2018**.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

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

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Isso se deve, tendo em vista que além da notícia ter sido registrada pela vítima menor de idade, desacompanhado e sem qualquer testemunha do fato, o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)
Ramo de Atuação: Órgão público
Endereço: Município: Boa Vista - RR
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S) Nenhum Objeto Informado
RELATO/HISTÓRICO Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal onde encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acerca do ocorrido pois todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local Gustavo Bruno da Silva Bezerra conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU-8145 pela referida avenida sentido do bairro operário para o bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente por Ronier Silveiro de Sousa Oliveira que conduzia no sentido oposto uma motocicleta fan na cor preta placa NAT-9759 tendo como passageiros Jolison e Charles da Silva Rodrigues Que a motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao Senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros Que a motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removido ao pátio do DETRAN Avarias dos veículos conforme levantamento pericial perto Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste relatório para as devidas providências HOJE 08/06/2018, COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA O SR. CHARLES DA SILVA RODRIGUES, PARA RELATAR QUE O MESMO TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA motocicleta fan na cor preta placa NAT-9759
ASSINATURAS
Maria Selma Melo de Almeida Responsável pelo Atendimento POLICIA MILITAR (Comunicante)
Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos artigos 320-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJE8N



Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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, CPC¹.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

¹“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)

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

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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

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

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

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

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

² 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.

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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.

³ **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.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º. (...)**

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 17 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 cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CHARLES DA SILVA RODRIGUES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08074277120208230010.

Rio de Janeiro, 17 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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Charles da Silva Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o Nº 002.163.042 / 96 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Charles da Silva Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.163.042 / 96, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
<u>Bartira</u>	Cidade <u>Bela Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
E-mail <u>ilair@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Bela Vista - RR, 11 de Julho de 2019
Local e Data

15 JUL. 2019

Assinatura do Declarante

REACTIVO DE TRUFA

6. 11. 2007

[illegible]

AV VIRGO SECU 16/21

Pelve		Coluna Dorsal		Membros	
☐	Contusão	☐	Contusão	☒	Fratura
☐	Escorções	☐	Hematoma	☒	Amputação
☐	Dor	☐	Dor	☒	
☐	Instabilidade	☐		☒	

N. 30/01 N. 30/01 N. 30/01 N. 30/01 N. 30/01 N. 30/01

☐ LISO ☒ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ GRANDE

☐ Cancelamento		MULTIPLS MEIOS ACIONADOS
---------------------------------------	--	--------------------------

ORIGINAL
25/11/19

EM 25/02/79

☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Ob.

1990

④ O condutor da linha moto por aterro, a qual 135

GRUPO

- ☐ Atendido no local
- ☒ Trauma HGR
- ☐ Pronto Atendimento
- ☐ Coronel Mota

- ☐ Cotrim e Silva
- ☐ HCSP
- ☐ Matemático
- ☐ Outros

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 25/01/19
Stephanie

... de moto x moto... vítima...
... Paciente encontrada de cor...
... orientado, ferido no local...
... apresentando uma lesão...
... em M.I.E com possível fratura...
... devido a pouca qualidade...
... e como os outros vítimas...
... estavam graves (03 ambulâncias...
... não foi desambulando pela...
... ambulância e sendo levado ao...
... Hospital situado na UTR.

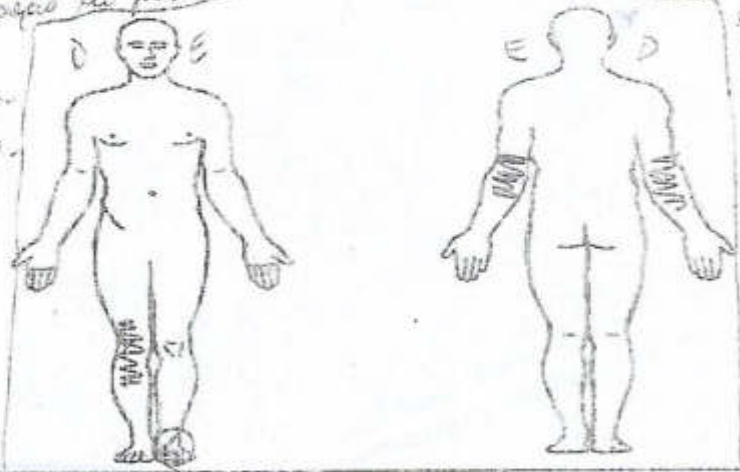
Dr. Celso Wanderley Jr.
Enfermeiro
COREN-PR 15223-0

EXISTÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:

... vítima muito jovem...
... Apresenta escoriações em M.I.E, fratura exposta...
... no pé E...
... Paciente em bom estado geral, Glasgow 15, lúcido e orientado. Como no local do...
... gravidade...
... do atendimento...
... de 02 equipes (Briga...
... res: 01 Briga...
... 01 Regata do...
... Corpo de bombeiros...
... Como este paciente...
... mas estava em...
... estado grave, sendo...
... atendido no local.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto	Aberto	Menores de 5 anos	Escala	Profundidade Respiratória (mmHg)	Pulso (b/min)	Pressão Sanguínea (mmHg)	Temperatura (°C)
Aberto	Aberto espontaneamente	Aberto espontaneamente	4	16-24	4		
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25-35	3		
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2		
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01-09	1		
				0	0		
Aberto	Orientado	Orientado	5	> 90	4		
	Confuso	Choro irritado	4	70-89	3		
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	50-69	2		
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	01-49	1		
	Nenhuma	Nenhuma	1	0	0		
Aberto	Obstrução esofágica	Movimentos espontâneos	6	14-15	5		
	Letargia a dor	Retra ao toque	5	11-13	4		
	Flexão normal	Reflexo a dor	4	8-10	3		
	Flexão anormal	Flexão anormal	3	5-7	2		
	Extensão a dor	Extensão anormal	2	3-4	1		
	Nenhuma	Nenhuma	1				

... do paciente e condizente de um acidente...
... e condizente com o que ocorreu...
... após desmonte o atendimento a...
... controlar a população...
... o atendimento a...
... e reagido a...
... grupo de...
... hostilidade.



... equipe do SAMU foi...
... ao ponto de atendimento...
... devido a...
... nível de...

Dr. Celso Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	cálculo suos	
Perda de líquido:	ECF:		
[] Com cartão [] Sem cartão			

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800939385	20/04/2018 19:33:42	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	5
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF ⁰⁷	Prontuário	
CHARLES DA SILVA RODRIGUES	30/12/1988	29 A 3 M 21 D	709000857559018	00216304296		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	3346412	SSP/RR	28/02/2013	M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	ETELVINA PEREIRA DA SILVA		Pai		SOLTEIRO(A)	
Endereço	RUA - S-28 - 798 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 99165-0441	
Class. de Risco				Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade
				SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				
Setor		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		LEILSON.SOUSA		
Queixa Principal						
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Transmissão pl (E) 15 JUL 2019						
Exame Físico						
BEC LOTE ASS						
Hipótese Diagnóstica						
Transmissão MIE						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1 DIPIRONA 1 gr. EV						
2 TENOXICAM 40 mg EV						
3. Clonazepam 15 mg EV						
4. Tetraciclina 150 mg EV						
5. Dexametasona 15 mg EV						
6. Tetraciclina 150 mg EV						
7. Dexametasona 15 mg EV						
8. Tetraciclina 150 mg EV						
9. Dexametasona 15 mg EV						
10. Tetraciclina 150 mg EV						
11. Dexametasona 15 mg EV						
12. Tetraciclina 150 mg EV						
13. Dexametasona 15 mg EV						
14. Tetraciclina 150 mg EV						
15. Dexametasona 15 mg EV						
16. Tetraciclina 150 mg EV						
17. Dexametasona 15 mg EV						
18. Tetraciclina 150 mg EV						
19. Dexametasona 15 mg EV						
20. Tetraciclina 150 mg EV						
21. Dexametasona 15 mg EV						
22. Tetraciclina 150 mg EV						
23. Dexametasona 15 mg EV						
24. Tetraciclina 150 mg EV						
25. Dexametasona 15 mg EV						
26. Tetraciclina 150 mg EV						
27. Dexametasona 15 mg EV						
28. Tetraciclina 150 mg EV						
29. Dexametasona 15 mg EV						
30. Tetraciclina 150 mg EV						
31. Dexametasona 15 mg EV						
32. Tetraciclina 150 mg EV						
33. Dexametasona 15 mg EV						
34. Tetraciclina 150 mg EV						
35. Dexametasona 15 mg EV						
36. Tetraciclina 150 mg EV						
37. Dexametasona 15 mg EV						
38. Tetraciclina 150 mg EV						
39. Dexametasona 15 mg EV						
40. Tetraciclina 150 mg EV						
41. Dexametasona 15 mg EV						
42. Tetraciclina 150 mg EV						
43. Dexametasona 15 mg EV						
44. Tetraciclina 150 mg EV						
45. Dexametasona 15 mg EV						
46. Tetraciclina 150 mg EV						
47. Dexametasona 15 mg EV						
48. Tetraciclina 150 mg EV						
49. Dexametasona 15 mg EV						
50. Tetraciclina 150 mg EV						
51. Dexametasona 15 mg EV						
52. Tetraciclina 150 mg EV						
53. Dexametasona 15 mg EV						
54. Tetraciclina 150 mg EV						
55. Dexametasona 15 mg EV						
56. Tetraciclina 150 mg EV						
57. Dexametasona 15 mg EV						
58. Tetraciclina 150 mg EV						
59. Dexametasona 15 mg EV						
60. Tetraciclina 150 mg EV						
61. Dexametasona 15 mg EV						
62. Tetraciclina 150 mg EV						
63. Dexametasona 15 mg EV						
64. Tetraciclina 150 mg EV						
65. Dexametasona 15 mg EV						
66. Tetraciclina 150 mg EV						
67. Dexametasona 15 mg EV						
68. Tetraciclina 150 mg EV						
69. Dexametasona 15 mg EV						
70. Tetraciclina 150 mg EV						
71. Dexametasona 15 mg EV						
72. Tetraciclina 150 mg EV						
73. Dexametasona 15 mg EV						
74. Tetraciclina 150 mg EV						
75. Dexametasona 15 mg EV						
76. Tetraciclina 150 mg EV						
77. Dexametasona 15 mg EV						
78. Tetraciclina 150 mg EV						
79. Dexametasona 15 mg EV						
80. Tetraciclina 150 mg EV						
81. Dexametasona 15 mg EV						
82. Tetraciclina 150 mg EV						
83. Dexametasona 15 mg EV						
84. Tetraciclina 150 mg EV						
85. Dexametasona 15 mg EV						
86. Tetraciclina 150 mg EV						
87. Dexametasona 15 mg EV						
88. Tetraciclina 150 mg EV						
89. Dexametasona 15 mg EV						
90. Tetraciclina 150 mg EV						
91. Dexametasona 15 mg EV						
92. Tetraciclina 150 mg EV						
93. Dexametasona 15 mg EV						
94. Tetraciclina 150 mg EV						
95. Dexametasona 15 mg EV						
96. Tetraciclina 150 mg EV						
97. Dexametasona 15 mg EV						
98. Tetraciclina 150 mg EV						
99. Dexametasona 15 mg EV						
100. Tetraciclina 150 mg EV						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 20/04/2018 19:34:51



Catagora 20-04-18

Carta de visita para o Dr. Pedro Di Giovanni

Paciente: [illegible]

As Exames: [illegible] e [illegible] em [illegible]
com [illegible] [illegible]

As Rx: [illegible] de 2, 3, 4 e 5° MTT (E)

CD: Tala longa

Alto de [illegible]

com [illegible] [illegible]
e [illegible]

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615



TRABALHADOR

Esta Carteira de Trabalho - CTPS, emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego, em conformidade com a Lei nº 2.246 de 28.12.1964 e pelo Decreto nº 21.024 de 20.10.1964, é o documento que comprova a inscrição do trabalhador no sistema de registro profissional e a sua situação de emprego ou de inatividade.

Esta carteira será registrada, dentro do prazo de validade, no Livro de Registro Profissional, que será mantido em arquivo no Ministério do Trabalho e Emprego, e a cópia do mesmo será enviada ao órgão de registro profissional do Estado ou do Município, para ser mantida em arquivo.

A validade da inscrição neste documento é de 10 (dez) anos, contados a partir da data de emissão, e a sua renovação será feita mediante a apresentação de uma declaração de emprego ou de inatividade.

Toda esta inscrição é de caráter profissional e não pode ser utilizada para fins de identificação pessoal, nem para fins de identificação profissional, nem para fins de identificação social.

CTPS Nº 206.80934.26-4
Emissão em 10/10/2014

www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

206.80934.26-4

8126113

0040

RR

Charles da Silva Rodrigues



15 JUL. 2019

ALVARÁ CTPS BRASILEIRO



CHARLES DA SILVA RODRIGUES

FILIAÇÃO: SERGIO RODRIGUES DE SOUZA

NASCIMENTO: 30/12/1988

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 3346412 SESP RR 28/02/2013

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 002 163 042 96

TIT. ELEITOR: 00435102/507

SEÇÃO: 0309

LOCAL DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 10/10/2014

ZONA: 005

Assinatura do responsável pela emissão

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME	
PRENOME	
DATA DE NASCIMENTO	
LOCAL DE NASCIMENTO	
ESTADO DE NASCIMENTO	
DATA DE EMISSÃO	
LOCAL DE EMISSÃO	
ESTADO DE EMISSÃO	
DATA DE VALIDADE	
LOCAL DE VALIDADE	
ESTADO DE VALIDADE	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429464 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429464 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239191/19

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

CPF: 002.163.042-96

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/04/2018

Titular do CPF: CHARLES DA SILVA
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

CHARLES DA SILVA RODRIGUES : 002.163.042-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES
CPF: 002.163.042-96

CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239191/19

Número do Sinistro: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

CPF: 002.163.042-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/04/2018

Titular do CPF: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CHARLES DA SILVA RODRIGUES : 002.163.042-96

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019
Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES
CPF: 002.163.042-96

CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239191/19

Número do Sinistro: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

CPF: 002.163.042-96

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 20/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/09/2019
Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES
CPF: 002.163.042-96

CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

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

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

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, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190429464 Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429464

Vítima: CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CHARLES DA SILVA RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 20/04/2018, emitido pelo Dr. PEDRO DI GIOVANNI CRM nº 1615 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	002.163.042-96	Charles da Silva Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Charles da Silva Rodrigues	002.163.042-96	
Profissão:	Número:	Complemento:
autônomo	364	Ap. 01
Bairro:	Cidade:	Estado:
Cauamé	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
LLOIRRR@HOTMAIL.COM	69.311-121	(95) 98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Charles da Silva Rodrigues

CPF: 002.163.042-96

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 002.363.042-96 4 - Nome completo da vítima: Charles da Silva Rodrigues

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

5 - Nome completo: Charles da Silva Rodrigues 6 - CPF: 002.363.042-96
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: Polônia 9 - Número: 364 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cauimé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: slorrr@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 9154-4282

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) -

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 25560 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 03/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016946/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/06/2018 12:58 Data/Hora Fim: 08/06/2018 13:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 097033 SÉRIE J Data: 20/04/2018
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 20/04/2018 19:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. General B. Gonçalves
Complemento: em frente ao nº 1643

Bairro: Operário

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005 Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: RONIERY SILVIO DE SOUSA OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 27

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Campo Grande
Bairro: Nova Cidade

Nº 991

Nome: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 18

Profissão: Cobrador

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3648818

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Calebe
Bairro: Cambará

Nº 89

Nome: CHARLES DA SILVA RODRIGUES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 29

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua S-28

Nº 798

15 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016946/2018-A01

Bairro: Senador Hélio Campos

Nome: JOILSON (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua S-27

Nº: 796

Bairro: Senador Hélio Campos

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acerca do ocorrido, pois todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local Gustavo Bruno da Silva Bezerra conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU-8145 pela referida avenida sentido do bairro operário para o bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente por Roniere Silvio de Sousa Oliveira que conduzia no sentido oposto uma motocicleta fan na cor preta placa NAT-9759, tendo como passageiros Joilson e Charles da Silva Rodrigues. Que a motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao Senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. Que a motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removido ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial perito Wellington Diante dos fatos faço a apresentação deste relatório para as devidas providências.

HOJE 08/06/2018 COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA O SR. CHARLES DA SILVA RODRIGUES, PARA RELATAR QUE O MESMO TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA motocicleta fan na cor preta placa NAT-9759.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

15 JUL. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	002.163.042-96	Charles da Silva Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Charles da Silva Rodrigues	002.163.042-96	
Profissão:	Número:	Complemento:
autônomo	364	Ap. 01
Bairro:	Cidade:	Estado:
Cauamé	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ELCIBRR@HOTMAIL.COM	69-311-121	(95) 98403-5060

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

RENDAS CADASTRAIS

RENDAS CADASTRAIS:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou de quem a ela substituir
 Local e Data: Boa Vista - RR
 Nome: Charles da Silva Rodrigues
 CPF: 002.163.042-96

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Charles da Silva Rodrigues
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
 CPF:
 Assinatura:
 2º | Nome:
 CPF:
 Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SSUV Equipe: La Paz, Lello, Guilherme
 Paciente: Charles da Silva Rodrigues Idade: 30a Sexo: M
 Endereço: Av. Santo Gonçalves - Operário
 Nº: 6898 DATA: 20/04/18 HORA: 18:32 / 5/10 : 18:49
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Fabiane

MOTIVACAO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima ☐ projetada ☐ encarcerada ☐ Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Passageiro: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ Condutor ☒ Carona <u>1</u> ☐ Capacete: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão <u>moto</u> ☐ BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ FAF ☐ PAF ☐ queda ☐ Espandimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Aquecida ☐ Agressão animal ☐ Outros:

15 JUL. 2019

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstrução ☐ Apnéia ☒ Outro: <u>s/alt</u>	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa ☒ s/alt	☐ Bradicárdia ☐ Taquicárdia ☐ Arritmico ☐ Errores ☐ capilar acima de 2" ☐ Ausente ☒ s/alt	☐ AVDN <u>1</u> ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrria ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	:	NÃO foi possível avaliar os SSUV, pois estavam						
Fim	:	transportando a outra vítima em estado grave.						

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
☒ Corada ☐ Queimadura ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Clândica	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Abundamento ☐ Fer. ☒ Penetrante <u>s/alt</u>	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfema Sub-Cutâneo ☒ s/alt	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☒ s/alt	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em túbos ☐ Doroso ☐ Evisceração ☒ s/alt
☐ Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade ☒ s/alt	☐ Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☒ s/alt	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ s/alt			

Respiratória	Neurológica	Digestiva	Diabetes	Alergias
☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Intoxicção ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra ☒ TRAUMA	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Fibrilção atri ☐ Fibrilção entricular ☐ Assistolia

FRATIL	ILESO SEVERA	PEQUENA MORTE	MÉDIA INDETERMINADA	OUTRO
☐	☐	☒	☐	☐

Cancelamento	Recusa de Atendimento	Não se encontra no local	Recusa de hospitalização	Trota	Bombeiro no local:
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Assinatura e Rubrica Médico (Unidade de Destino)
 DR. Julio Heredia
 20/04/2018
 MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
☒ Polícia Militar
☒ Guarda Municipal
☒ SMTRAN
☒ Bombeiro
☐ Outros:
 Em 25/05/19
 DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
 Stephane
 Rubrica

(*) O condutor da moto foi atendido pelos bombeiros.
 (*) 03 passageiros na mo.

(*) O condutor da outra moto foi atendido pela 192

GRÁVIDA

- ☐ Atendido no local
- ☒ Trauma HGR
- ☐ Pronto Atendimento
- ☐ Correl Mota

- ☐ Outros
- ☐ HCSP
- ☐ Maternidade
- ☐ Outros

SAMU 192-3V
CONFERE COM ORIGINAL
Em 25/01/19
Stephanie

...de moto x moto...
...chegando no local...
...vítimas...
...paciente...
...orientado...
...local...
...apresentando...
...com M.I.E...
...possível fratura...
...devido a pouca...
...do caso...
...e como os outros...
...estavam graves...
...o pte foi...
...ambulância...
...usando...
...HGR...
...na UTR.

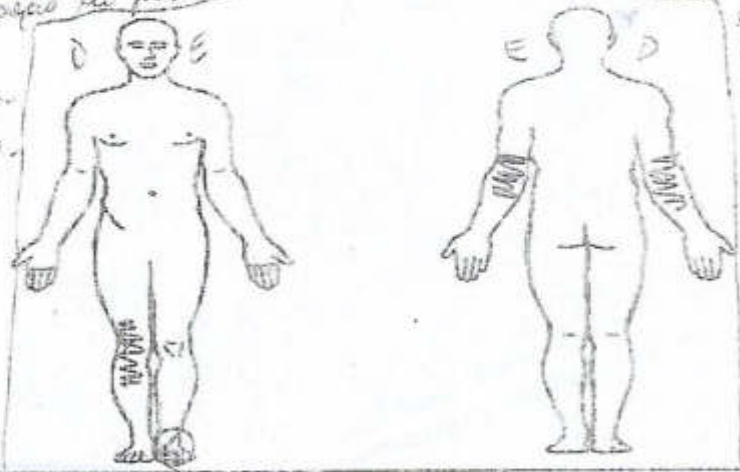
Dr. Celso Wanderley Jr.
Enfermeiro
COREN-SP 15223-0

EXISTÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:

...lesões muito...
...paciente...
...na cabeça...
...negra...
...apresenta...
...fratura...
...no pé...
...ambos os membros superiores...
...paciente em bom estado geral...
...orientado...
...gratidão...
...de atendimento...
...do acidente...
...2 equipes...
...res...
...do Brava...
...o 1...
...do...
...Corpo de Bombeiros...
...Como este paciente...
...mas estava em...
...estado grave...
...presentado no local

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto	Aberto	Mencores de 5 anos	Escala	Propriedade Respiratória (pontuação)	Pontuação	Pontuação	Pontuação
Aberto	Aberto espontaneamente	Aberto espontaneamente	4	Propriedade Respiratória (pontuação)	16-24	Pontuação	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25-35		3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36		2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01-09		1
					0		0
Mencores de 5 anos	Orientado	Orientado	5	Propriedade Respiratória (pontuação)	> 30	Pontuação	4
	Confuso	Confuso	4		70-85		3
	Palavras inapropriadas	Palavras inapropriadas	3		50-69		2
	Sem ou gemidos	Sem ou gemidos	2		01-49		1
	Nenhuma	Nenhuma	1		0		0
Mencores de 5 anos	Obediência espontânea	Obediência espontânea	6	Pontuação	14-15	Pontuação	5
	Resposta ao toque	Resposta ao toque	5		11-13		4
	Resposta a dor	Resposta a dor	4		8-10		3
	Flexão normal	Flexão normal	3		5-7		2
	Extensão a dor	Extensão a dor	2		3-4		1
	Nenhuma	Nenhuma	1				

...do acidente...
...condições...
...interferência...
...ao...
...de...
...atendimento...
...a...
...e...
...chegar...
...na...
...hostilidade.



...equipe do SAMU...
...foi...
...ao...
...devido a...
...muito de

Dr. Celso Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/semana:	Movimentos fetais:	álcool	
Perda de líquido:	ECF:	suco	
[] Com cartão [] Sem cartão			

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800939385	20/04/2018 19:33:42	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	5
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF ⁰⁷	Prontuário
CHARLES DA SILVA RODRIGUES		30/12/1988	29 A 3 M 21 D	709000857559018	00216304296	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	3346412	SSP/RR	28/02/2013	M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	ETELVINA PEREIRA DA SILVA		Pai		Sergio Rodrigues de Souza	
Endereço	RUA - S-28 - 798 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 99165-0441	
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LEILSON.SOUSA	
Queixa Principal						
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Transmissão pl (E) 15 JUL 2019						
Exame Físico						
BEC LOTE ASS						
Hipótese Diagnóstica						
Transmissão MIE						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1 DIPIRONA 1 gr. EV						
2 TENOXICAM 40 mg EV						
3. Clonazepam 15 mg EV						
4. 10 mg de IEM						
DR. João Henrique Médico de Plantão 70 APR 2018					EDILSON GONÇALVES DE OLIVEIRA TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN-RR-855.996 - TE	
Conduta				Ambulatório Observação (Até 24h) Internação		
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:				Data e Hora da Saída/Alta:		
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: leilson.sousa Data Hora: 20/04/2018 19:34:51						

Catagora 20-04-18

Carta de visita para o Dr. Pedro Di Giovanni

Paciente: [illegible]

As Exames: [illegible] e [illegible] em [illegible]
com [illegible] [illegible]

As Rx: [illegible] de 2, 3, 4 e 5° MTT (E)

CD: Tala longa

Alto de [illegible]

com [illegible] [illegible]
e [illegible]

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 365/13

Nº da Nota Fiscal 003077841

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	06/07/2019	240	222,40

MARILENE PINHEIRO DUARTE
R. POLONIA 364 1 CAUAME
CPF: 00038252465234
CEP: 69.311-121 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.02.129603

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	46557	Atual:	17/06/2019
Anterior:	46317	Anterior:	20/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	17/07/2019
Consumo Medido:	240	Emissão:	14/06/2019
Consumo Faturado:	240	Apresentação:	17/06/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses

RESIDENCIAL BI 2805234 0 1518649 1.1.1.2 169

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 333	CONSUMO 240 A R\$ 0,773664 = 185,67
ABR/19 174	CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X) 0,29
MAR/19 119	CORREÇÃO MONETARIA IGPM (2X) 2,07
FEV/19 97	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,32
JAN/19 111	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,44
DEZ/18 171	MULTA POR ATRASO (2X) 4,62
NOV/18 183	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 1,76
OUT/18 184	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,23
SET/18 169	
AGO/18 175	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 240 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
12/2018	163,87
11/2018	155,68
04/2018	241,78

Informamos que os débitos acima listados estão em aberto. Caso não seja pago até o vencimento, serão cobrados juros e multa por atraso de pagamento. O valor total a pagar é de R\$ 222,40.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,15	Base de Cálculo	185,67
Energia:	99,98	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	31,56
Encargos:	5,19	Valor do PIS:	0,31
Tributos:		Valor do COFINS:	1,28

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

ROT: 11.001.18.02.129603
RORAIMA ENERGIA

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

SEU CÓDIGO	04/2019
0103079-5	57,08
MÊS FATURADO	TOTAL A PAGAR - R\$
06/2019	222,40
Nº da Nota Fiscal	VENCIMENTO
003077841	06/07/2019

83620000002 1 22400075000 6 00000000103 2 07950619008 5



FQ: 00007 UC: 0103079-5 DT. LEIT.: 17/06/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 46557 NORMAL TOTAL: 222,40 CARGA: 003
DT. VENC.: 06/07/2019 IRREG: 000 COLETOR: 1271

15 JUL. 2019

