

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: 2671153620200320163750

Processo 0807889-28.2020.8.23.0010 ☆ - (9 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)
Resizes 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:					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
[-]	20/03/2020 16:37:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2706858CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2706858CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
[+]	16/03/2020 15:49:44	9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
		Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 16/03/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	Procurador		
		EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE	EGILAINE SILVA DE CARVALHO		
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Analista Judiciária		
		CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS		
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	Magistrado		
		RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ		
		Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
[+]	10/03/2020 17:43:41	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ		
		5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura		
[+]	10/03/2020 17:43:40		Advogado		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08078892820208230010

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 **SILVANO DA SILVA OLIVEIRA**, 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 **14/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/10/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA 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.

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

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
Silvano da Silva Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este distrito policial para informar que estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 SPORT, VERMELHA, Placa NAR7254, Chassi 9C2KC08608R018138, que ao atravessar a avenida Tuxaua de Farias no município de Bonfim-RR foi colidido com outro veículo placa não identificada, que bateu na lateral da motocicleta derrubando o comunicante, e fugiu sem prestar socorro, que o comunicante foi conduzido por uma ambulância para o hospital, que o comunicante quebrou a perna do lado direito devido o acidente de trânsito, era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Ronaldo Oliveira da Silva

Não Informado

Matrícula 42000812

Responsável pelo Atendimento

Silvano da Silva Oliveira

(Comunicante)

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

Portanto, para que não pairasse 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.

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 a indenização.

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

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

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

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:.

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

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

Administradora de Seguros DPVAT

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190704472	Cidade: Bonfim	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA	Data do acidente: 14/04/2019	Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 27/12/2019 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Não Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 4) E ALTA MÉDICA Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. Sequelas: Com sequela Documento/Motivo: Nome do documento faltante: Apontamento do Laudo do IML: Conduta mantida: Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 000000008739-2

Nr. da Autenticação 64013EBD249F7AC2

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

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

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

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

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

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

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

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁷**art. 1º. (...)**

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

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 da 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 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 bço					

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 **SILVANO DA SILVA OLIVEIRA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08078892820208230010.

Rio de Janeiro, 17 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

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
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036055/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/10/2019 10:09

Data/Hora Fim: 18/10/2019 10:34

Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 14/04/2019 08:00

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)

Logradouro: av Tuxaua de Farias

Bairro: centro

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 17/11/1994

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Helena Camilo de Souza

Nome do Pai: Juliao da Silva Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.131.732-80

RG - Carteira de Identidade: 409040-3

Endereço

Município: Cantá - RR

Logradouro: rua entrada da estrada canauani

Bairro: area rural

Telefone: (95) 99130-6744 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/CG 150 SPORT,VERMELHA, NAR7254

Placa NAR7254

Número do Motor KC08E68018138

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 SPORT

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 873.435.502-25

Renavam 00961961805

Número do Chassi 9C2KC08608R018138

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 SPORT

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 22/04/2008



Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 10/12/2019 09:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 036055/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Silvano da Silva Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este distrito policial para informar que estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 SPORT, VERMELHA, Placa NAR7254, Chassi 9C2KC08608R018138, que ao atravessar a avenida Tuxaua de Farias no município de Bonfim-RR foi colidido com outro veículo placa não identificada, que bateu na lateral da motocicleta derrubando o comunicante, e fugiu sem prestar socorro, que o comunicante foi conduzido por uma ambulância para o hospital, que o comunicante quebrou a perna do lado direito devido o acidente de trânsito, era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Ronaldo Oliveira da Silva

Não Informado
Matrícula 42000812

Responsável pelo Atendimento

Silvano da Silva Oliveira

(Comunicante)

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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

702 131732-80

4 - Nome completo da vítima:

Silvano da Silva Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/XII/2

5 - Nome completo:

Silvano da Silva Oliveira

5 - CPF:

702 131732-80

7 - Profissão:

Operário

8 - Endereço:

R. Estrada da Estrada COQUEL, S/N

9 - Número:

511

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

Bom Jesus

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69340000

15 - E-mail:

991133855

16 - R\$ 1000:

991133855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR, CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR EM REDE DA 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 anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEISO INFORMAR

☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (necessária para o nome do titular. Assinale um tipo de)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

☐ Bradesco (247)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3088

CONTA: 0000873

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

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 o dano, desde que a mesma seja a efetuação do crédito, que seja 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de

- 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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, compreendendo, desde já, que me submeto à análise médica pericial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e caracterização das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causados por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia contratação com a Seguradora avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a perícia médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (nº conj.) ☐ União estável ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data de

25 - Data de

26 - Grau de parentesco com a vítima:

27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima deixou

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso der vida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e apresentar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer infração ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão do seguro e o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 303 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

38 - 14 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 14 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 1000, 02 de dezembro de 19

Silvano da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 000000008739-2

Nr. da Autenticação 64013EBD249F7AC2



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 001 - 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 Impressão autorizada pela SEFAZ 3003/13

Faça o cancelamento com
a Roraima Energia,
informando este NÚMERO

0557647-4

Nº da Nota Fiscal 4060842

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE FCAH*

NOVEMBRO/2019

06/12/2019

CONSUMO 108

TOTAL A PAGAR 64,23

HELENA CAHILO DE SOUZA
R. ENTRADA DA ESTRADA - CANAUAÍ
CEP: 69.390-000 - CANTA

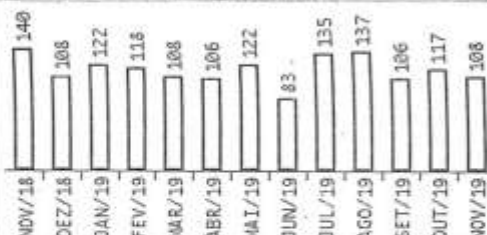
CPF: 00066356008253

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 6421	Atual: 19/11/2019	Grupo/Subgrupo: 4.2.2.1
Anterior: 6313	Anterior: 18/10/2019	RUBEL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 19/12/2019	Classe/Subclasse: RURAL
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 18/11/2019	Uso: 205904
Consumo medido: 108	Apresentação:	Número Medidor: 000000
Consumo Faturado: 108		Forma de Faturamento: NORMAL
		Modalidade:

CONSUMO 108 A R\$ 0,568278 = 61,37
Multa por atraso 08/19-00 1,48
Juros de mora de INPO 08/19-00 1,38

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 108 - 8,459238

Média 12 meses: 116



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SEPASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 59,11 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 65,68

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 558D.499E.0344.25CA.C9A3.C5F9.0E76.6BE4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
	Valor	Porcentagem		Valor	Porcentagem
Energia:	32,18		Base de Cálculo:		
Distribuição:	14,55		ICMS:	17,00%	10,43
Transmissão:	0,00		PIS:	0,37%	0,23
Encargos:	1,07		COFINS:	1,00%	1,11
Tributos:	11,77				

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	Dia	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Trimestre
Limite:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Atualizado:	0,00					
Conjunto:						

ROT: 109.031.09.75.028000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 001 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0557647-4

MÊS FATURADO

11/2019

Nº da Nota Fiscal 4060842

TOTAL A PAGAR - R\$

64,23

VENCIMENTO

06/12/2019

FCAH*

83630000000 4 64230075000 6 00000000557 9 64741119008 3



SEQ.: 0028 UC: 0557647-4 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 6421 NORMAL TOTAL: 64,23 CARGA: 001
DT.VENC.: 06/12/2019 IRREG.: 000 JLEITOR: 4341

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 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		kWh	kVAh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	37543			Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276			Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267			Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267		FCAN	Apresentação:	23/07/2019
NORMAL					

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	126006955 H-24-1802		1-1-1-2	738

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,8402 = 204,14
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE J 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
U A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 148,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO LIGUE 16 21 20

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPORTE/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 52,45	Base de Cálculo: 204,14
Energia: 111,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,70
Encargos: 5,77	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 34,70	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
6,55 13,00 1,13

DISTRITO 05/2019 69,55
ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO 0070349-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 237,56
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	MÊS FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 06/08/2019
	Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAN	

83620000002 1 375600/5000 0 000000000/0 3 34940/19008 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 825396343/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Silvane da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702131732/80 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Silvane da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702131732/80, 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>R. CC. 11</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro	Cidade <u>Boo visto</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69051050</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>991133855</u>

Boo visto de dezembro de 19
Local e Data

William Gonçalves Franco
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.

1901097256		14/04/2019 13:46:47		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		27	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
SILVANO DA SILVA OLIVEIRA		17/11/1994		24 A 4 M 27 D						191.533	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IGNORADO								M			
Mãe		Pai		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade			
HELENA CAMILO DE SOUZA				PARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA			
Endereço		Contato		Ocupação							
RUA - TERRA INDIGENA CANUANIM - - - CANTA - RR		(95) 99121-1968									
Class. de Risco		Plano Convênio		N° 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								LIDIANE OLIVEIRA	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL					
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Faço a seguinte prescrição de protocolo clínico

Exame Físico

Exame físico: em face - Distúrbio. Exame físico: glau. 5 - pupila igual

Hipótese Diagnóstica

fratura simples A13 D. sem deslocamento

SADT - Exames Complementares

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

Prescrição: 1. Dp. com 2 ECG por

2. Reforço de 2 ECG por

3. seguimento de

4. Dp. com 2 ECG por

5. Dp. com 2 ECG por

6. Dp. com 2 ECG por

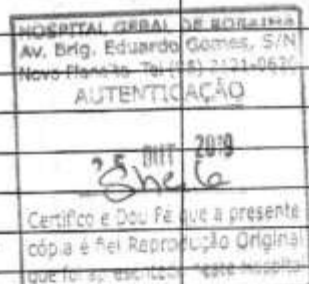
7. Dp. com 2 ECG por

8. Dp. com 2 ECG por

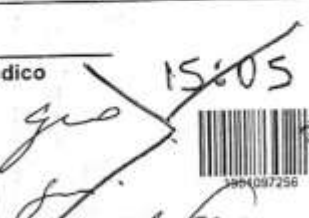
9. Dp. com 2 ECG por

10. Dp. com 2 ECG por

11. Dp. com 2 ECG por



Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi solicitada neste Hospital.



15:05

Integridade 14-04-19

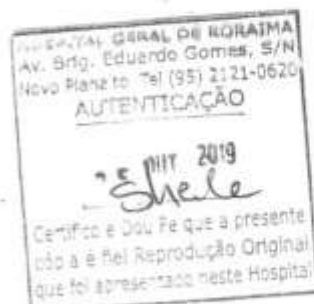
Lesão nítida evidente de com dígito meto
com fratura exposta de tíbio (D)

Ac Exame. Corte anterior L S em nítido

Ac Rx: Fratura diagnóstica de tíbio (D) (Ex parte.)

CD: Ao CC.

Dr. Pedro ^{Giovanni}
Ortopedista / Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 684



BOLETIM OPERÁRIO

Data: 14/04/19 O.S. _____

Silvano de Silo Olivero
~~Capato~~

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Febra exposta tibia ①

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LMCL + Fixação externa tibia ①

TIPO DE INTERVENÇÃO: Ortopedia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: N

D. GNÓSTICO OPERATÓRIO: a

CIRURGIÃO: Dr. Pedro 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Ponto em DDH + Amelhorar Póio
- ② Anestesia + Antimigra
- ③ LMCL + Desbridamento de tecido desvitalizado
- ④ Fixação com fixador externo 30cm
- ⑤ Lavagem rotação
- ⑥ Sutura
- ⑦ Curativo





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

Schaus da S. Oliveira

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

11° Boa Vista - RR
14.04.2019

15:00

16:00

17:00

18:00

ACCIDENTES

LÍQUIDOS
VENOSOS

DA

X

ULSG

ANES

X

OP

O

TEMP

ASPIR.

A

RESP

O

Exponl

Assist

Contro

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

A Bupivacaína 10 mg SA

Técnica anestesia lombor

* check list + monitorização (PAC
ECG + SPO2)

B

Tupidacina 10 mg via

1. Anestesia da região lombor
com alcool a 70% + colocação de
campos esterilizados e utero

C

ultraquid. ventilação

2. Injeção lombor ultraquid
com agulha 26 G de Quink
saída de líquido claro, normal
3. Injeção no espaço subaracnóideo

D

epidural

E

F

F

G

GLICOSE

LÍQUIDOS

Cânula - Naso / Oro Faríngea

NOCOD

Naso / Orofaríngea - Cega

SANGUE

Bai - Tamp - Calibre do Tubo

SFO, 91. 1000 ml GV

Sob Máscara

TOTAL

1000 ml SFO, 91.

Dificuldade Técnica

TEMPO DE ANESTESIA

1 hora e 30 min.

OPERAÇÃO

Fixação externa de fratura exposta de tíbia
direita.

Larango - Espasmo - Excesso Seco

Depressão Respiratória - Hipoxia

"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Antmia

Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA

CÓDIGO

CIRURGIÃO

PERDA SANGÜÍNEA

Dr. Eudes Marques Filho

Dr. Pedro

Dr. Buchanan R.A.

Eudes Marques Filho
Médico
CRM 690-RRde 15 mg de bupivacaína hiperbar
4. bloqueio satisfatório
5. Encaixe paciente para SRPA

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

24a Consultoria

NOME DO PACIENTE Silvano da Silva Oliveira	APT OU LEITO C61	Nº DO PRONTUÁRIO 14	DATA 10/09/19		
CIRURGIA					
TIPO Fixação de Fratura Exposta de Tibia (D)	INICIO 16:50	FIM 17:45	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Drº Pedro Ciovanri	ANESTESISTA: Drº Eudes	RES. ANESTESIA: Drº Marli R.	INSTRUMENTADOR		
1º AUXILIAR	CIRCULANTE Gilberto e Talita				
2º AUXILIAR	TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA: Raque					
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE Sound		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5 6.5		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 21		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO PROLENE Nº	
1	SERINGA 01ML		1	FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 03ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 05 ML		1	CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 10ML		1	KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 20ML		1	GEOFOAM	
1			1	FITA CARDIACA	
1			1	OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Stefanie e Rêlica	MATERIAL MEDICAMENTOS			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Gilberto e Talita	SUB-TOTAL			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
PREENCHER ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Lote: 014295 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 21/02/2019 Val.: 02/2024
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 013965 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTÉRIL
Fab.: 22/02/2019 Val.: 02/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

14/4/19

16h10

16h15

17:45

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

16h15

L. 61

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE SILVANO DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA D			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	61	DATA
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12 18 24 06
5			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS.		SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM		SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA		06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		08 16 24
11	CLINDAMICINA 600MG EV ou VO 6/6H		12 18 24 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H		08 16 24 06
13			
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H		Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO		Rotina
19			
20			
21			

NAO UBEIO da FARMACIA

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

06h. 120x20 R 50 t. 36,7

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	142x69	55	-
18 H	140x90		
24 H	126x26	58	36,7

paciente tranquilo, adormecido
 com medicação segue
 fôlego com
 23,7

18.00 pac. no leito acordado
 sem queixa, adm. me-
 dicacao presente -
 claudicam

for manova



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **SILVANO DA SILVA OLIVEIRA**

AGNÓSTIC **FX EXPOSTA DE TIBIA D**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

61

DATA

18/04/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS

7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

11 CLINDAMICINA 600MG EV ou VO 6/6H

12 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

13

14

15

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

17 SSVV + CCGG 6/6 H

18 CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H

PA

FC

FR

12 H

18 H

24 H

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Silvano da Silva ANOS 45
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/04/19 COM
DIAGNOSTICO DE fratura exposta de

NO DIA 14/04/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
condroíte de fratura exposta de SENDO
OPERADO PELO DR. Leandro E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/04/19 ÀS 14h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/04/19 ÀS 14h COM O
DR. Leandro

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2. TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3. NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5. NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo Lima

BOA VISTA 18/04/19

Dr. Pedro de S. Faustino
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2022
MÉDICO



SILVANO DA SILVA OLIVEIRA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

14/4/2019 14:42:00

53,7 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA -
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO EDILJO CRUZ

 Polegar Direito



Silvano da Silva Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 409040-3 DATA DE EMISSÃO 19/06/2017

HOME

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO

JULIANO DA SILVA OLIVEIRA
HELENA CAMILO DE SOUZA

NATURALIDADE

CANTÁ - RR

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 113625 FLS 115 LIV A-214
1º QF BOA VISTA-RR

CPF

DATA DO ESPACIAMENTO 17/11/1994

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Porte Papiloscópico do Polígono Oval
Diretor do IIR

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

17/11/1994
Nascimento

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA
Nome

702.131.732-80
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC ORDEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV 8-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto de Registro da Polícia Civil
Diretor da DPIC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01148636

VIA COO. RENAVAM R.N.T.R.C. EX. CO.
01 00961961005

NOME

ALLAN PIRES DE LILIVEIRA

BOA VISTA

CPF / CNPJ

873.433.502-5

PLACA

NAR7254

PLACA ANT./UF

CHASSI

9C2K08608R018138

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NO APLIC.

COMBUSTIVEL

GASOLINA

FAVORCA (L. 12.730)

HONDA/CG 150 SPORT

CAP/POT/CL

270/149CV

CATEGORIA

PARTIAL

COR PREDOM

VERMELHA

COTA ÚNICA

PAGO

VENCO COTA ÚNICA

VENCO COTA ÚNICA

FAIXA I.P.V.A.

PAGO COTA ÚNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. ADM. DO CTM NACIONAL HONDA LTT & PROIB. BOTAFOLO AMAZ. OCID. &

LOCAL

BOA VISTA-RR

DATA

12/05/2016

EXPEDIDOR

TRAMIT. EM REGISTRO OU POR SUA PRÓPRIA RESPONSABILIDADE, SEM A PRESENÇA DE OUTRAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

Nº 011486360097 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatSegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2016

DATA EMISSÃO

12/05/2016

CPF / CNPJ

873.433.502-25

PLACA

NAR7254

HONDA/CG 150 SPORT

CHASSI

9C2K08608R018138

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

R\$129.04

DEMATRAN (R\$)

R\$14.34

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$1.15

IOF (R\$)

R\$1.11

TOTAL A SER PAGADO (R\$)

R\$292.01

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE CANCELAMENTO

12/05/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

www.Seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455515/19

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 702.131.732-80

Data do acidente: 14/04/2019

CPF de: Próprio

Títular do CPF: SILVANO DA SILVA
OLIVEIRA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA : 702.131.732-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704472 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 4) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704472 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO- PAG 4) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Silvano da Silva Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: pedreiro RG: 469040-3
CPF: 702 131 732-80 ENDEREÇO: R. Entrada do Estrado Camuani
BAIRRO: CANTA CIDADE: Boa Vista
CEP: 69390000

VITIMA: Silvano da Silva Oliveira
CPF: 702 131 732-80 DATA DO SINISTRO: 14/04/2019
NATUREZA: Brasileiro Invalidez

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: Carreter
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. CPF: 825 396 343-20
ENDEREÇO: R. CC 11, 6294. Conjunto Píddado

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPAVAT 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 privado, além de transigir, depositar, substalecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista RR, 02 de Dezembro de 20 19.

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

ASSINATURA

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

Obs - Reconhecimento por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455515/19

Número do Sinistro: 3190704472

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 702.131.732-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA : 702.131.732-80

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: 24/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455515/19

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 702.131.732-80

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 14/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SILVANO DA SILVA OLIVEIRA : 702.131.732-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704472 Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704472

Vítima: SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVANO DA SILVA OLIVEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SILVANO DA SILVA OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003588**

Conta: **000008739-2**

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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 702 131 732-80 4 - Nome completo da vítima: Silvano da Silva Oliveira

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

5 - Nome completo: Silvano da Silva Oliveira 6 - CPF: 702 131 732-80
7 - Profissão: pedreiro 8 - Endereço: R. Entrada da Estrada CANAUANI 514
11 - Bairro: CANTA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69390000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 991133855

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: 3988 CONTA: 0000873 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ 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, 02 de dezembro de 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CDC 001/1/2012/2012

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

702.131.732-80

Nome completo da vítima:

Silvano da Silva Oliveira

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

4 - Nome completo:

Silvano da Silva Oliveira

7 - Profissão:

Condutor

8 - Endereço:

R. Estrada do Estrado CONAURI

5 - CPF:

702.131.732-80

11 - Bairro:

CANTÁ

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69380000

16 - Tel. (DDD):

991133855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (105)

AGÊNCIA: 3688

CONTA: 00008739

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Dedo, 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 a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (R/Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

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 residência (casarão)?

☐ 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

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, 02 de dezembro de 19

Silvano da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Produtor (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 11000/2010

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

702.131.732-80

Nome completo da vítima:

Silvano da Silva Oliveira

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

4 - Nome completo:

Silvano da Silva Oliveira

7 - Profissão:

Condutor

8 - Endereço:

R. Estrada do Estrado CONAVERI

5 - CPF:

702.131.732-80

11 - Bairro:

CANTÁ

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69380000

16 - Tel. (DDD):

991133855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (105)

AGÊNCIA: 3688

CONTA: 00008739

(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.

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

☒ Dedo, 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 para 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 disponível do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (R/Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

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 resíduo (herança)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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, 02 de dezembro de 2019

Silvano da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Produtor (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 1000/2010