

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: 2689996520200416103103

Processo 0809646-57.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 261 - Carta Precatória

Assunto Principal: 11783 - Citação

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:

5 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 5

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 5	16/04/2020 10:31:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>5.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2713099CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>5.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2713099CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>5.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
4	02/04/2020 06:58:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Redistribuição	Fabiano Talamas de Azevedo Analista Judiciário
3	01/04/2020 22:32:14	RECEBIDOS OS AUTOS DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
2	01/04/2020 22:32:14	Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	01/04/2020 22:32:13	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08096465720208230010

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

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/12/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

### **DO MÉRITO**

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

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

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

---

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

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

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


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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

<b>PARECER DE ANÁLISE MÉDICA</b>				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3190717356	Cidade: Normandia	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MARCOS GOMES DA SILVA	Data do acidente: 16/09/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
<b>PARECER</b>				
Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MALÉOLOS).				
Descrição do exame físico: TORNOZELO D: PSEUDOARTROSE COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO/EXTENSÃO.				
Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA DEVIDO FALTA DE VAGA NA REDE PÚBLICA, ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.				
Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 06/02/2020				
Conduta mantida:				
Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

## ITAÚ - UNIBANCO

### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

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

CLIENTE: MARCOS GOMES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000028836-3

---

Autenticação:

96C2A09CEE45F39F8FBCA8C51B0EC4FFA74088653CA3E2468CC33014E38859CF

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e 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;

---

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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

- 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, 7 de abril 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 **MARCOS GOMES DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08096465720208230010.

Rio de Janeiro, 7 de abril 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

---

**Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190717356**

**Vítima: MARCOS GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCOS GOMES DA SILVA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717356

Vítima: MARCOS GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS GOMES DA SILVA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARCOS GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000028836-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
595.200.002-91 Marcos Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Marcos Gomes da Silva 6 - CPF: 595.200.002-91  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Rio Tocantins 9 - Número: 240 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000  
15 - E-mail: TLOI.RRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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:

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 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

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 (val nasos)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190-717356 3 - CPF da vítima: 595.200.002-91 4 - Nome completo da vítima: Marcelo Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Marcelo Gomes da Silva 6 - CPF: 595.200.002-91  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Rio Tocantins 9 - Número: 240 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Bela Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000  
15 - E-mail: TL01RRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98403-5060

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: 8526 CONTA: 28836 3  
(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

☒ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bela Vista - RR, 10/01/2020

Marcelo Gomes da Silva  
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: 044425/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/12/2019 11:52 Data/Hora Fim: 12/12/2019 12:05  
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/12/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/09/2019 17:30

Local do Fato

Município: Normandia (RR)  
Logradouro: RR-401  
Complemento: Estrada que liga ao Município de Normandia  
Ponto de Referência: Antes do Rio Tacutu  
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCOS GOMES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Jacundá Sexo: Masculino Nasc: 22/10/1975  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Iracema Gomes da Silva Nome do Pai: Edvaldo Luiz da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 595.200.002-91  
RG - Carteira de Identidade: 141407

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Rio Tocantins  
Complemento: Casa  
Bairro: Jardim Bela Vista  
Telefone: (95) 99162-8689 (Celular)

Nº: 541

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 908.998.572-72	Placa NAZ-3600
Renavam 00987811592	Número do Motor JA04E28146593
Número do Chassi 9C2JA04208R146593	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor AMARELA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 12/12/2019 12:05  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

27 DEZ. 2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044425/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Marcos Gomes da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado compareceu nesta Delegacia para informar que conforme, hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta também devidamente descrita acima e que está em nome de DIOGENIA SOARES SANTANA. Que ao desviar de um buraco, perdeu o controle da motocicleta e caiu em uma vala. Que sofreu lesões corporais e procurou atendimento médico no HGR, ainda conduzindo à motocicleta. **Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento



  
Marcos Gomes da Silva  
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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

27 DEZ. 2019



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE:    MARCOS GOMES DA SILVA

BANCO:        341

AGÊNCIA:    08526

CONTA:        000000028836-3

---

Autenticação:

96C2A09CEE45F39F8FBCA8C51B0EC4FFA74088653CA3E2468CC33014E38859CF



CNPJ: 09.829.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.555.425-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 02.255-4-11



Matrícula: 723339

Agosto/2019

Dados do Cliente:

FRANCIVALDO JONES DA SILVA

Endereço para entrega:

RUA RIO TOCANTINS, NUM. 08249 - BELA VISTA  
TA BOA VISTA RR 69316-116

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Quantidade de Economias
001.025.196.0013.000	19	2577	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201907	10-0
201906	10-0
201905	10-0
201904	10-0
201903	10-0
201902	10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005 Q.M					
ANEXO B	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TURBIS	E.C.O.LI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADO	200	200	200	200	200
CONFORME	200	200	200	200	200

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06

VENCIMENTO: 15/09/2019

TOTAL A PAGAR

42,89



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
723339	08/2019	15/09/2019	42,89

82630000000- 5 42890004001- 8 00072333901- 6 08201910003- 9



27 DEZ. 2019



Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0108915-3

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.032-3)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizada pelo SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4106131

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	199	197,98

ILOIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 - BURITIS  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 29441	Atual: 25 11 2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 28242	Anterior: 25 10 2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Data de consumo: 21	Próxima leitura: 12 12 2019	Ligação: BIPACIA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 23 11 2019	Número Medidor: 2204908
Consumo medido: 199	Apresentação: 25 11 2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 199		Modalidade: N 1518468

CONSUMO 199 A R\$ 0,768486 = 152,92  
2A. VIA PEDIDO CONSUM 09/19-00 3,01  
ILUMINACAO PUBLICA 42,05

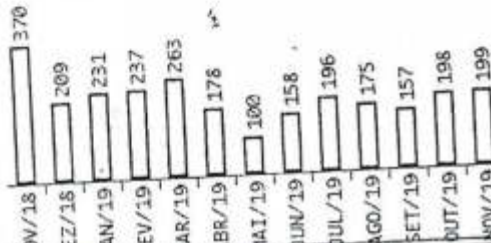
27 DEZ. 2019

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 199 - 0,621031

Média 12 meses: 209

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



#### MENSAGENS IMPORTANTES

#### REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/12/2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavistadas no valor de R\$ 909,67 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Mo Valor R\$  
10/2019 193,53

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 E NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.504 DE 29.10.2019. LIGUE 08007219120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

#### RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA FATURA				ALÍQUOTA		VALOR
Energia:	Encargos:			Base de Cálculo:	ICMS:	25,95
Distribuição: 61,70	Tributos: 4,68			192,92	PIS:	0,27
Transmissão: 04,20					COFINS:	0,75
						0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE						
OIO			RIC			Outro
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Límite						
0,00			0,00			0,00
Realizado						
0,00						
Conjunta FLORESTA			Período de apuração: 09/2019			EUSD: 51,51

ROT: 5.001.12.04.021718



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.032-3

SEU CÓDIGO

0108915-3

MÊS FATURADO

11/2019

Nº da Nota Fiscal: 4106131

TOTAL A PAGAR - R\$

197,98

VENCIMENTO

11/12/2019

FCM\*

83690000001 6 97980075000 7 00000000108 1 91531119008 5



SEQ.: 0111 UC: 0108915-3 DT. LEIT.: 25/11/2019 T. ENTR.: 04  
FATURA: 28461 NORMAL TOTAL: 197,98 CARGA: 009  
1000 TRREG: 000 COLETOR: 4021



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4230890

**FRANCIVALDO GOMES DA SILVA**

R. RIO TOCANTINS, 240 ,

JARDIM BELA VISTA

69316116 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 603511	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-NOV-19 a 16-DEC-19
CONSUMO (kWh) 150	VENCIMENTO 21-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 144,56

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

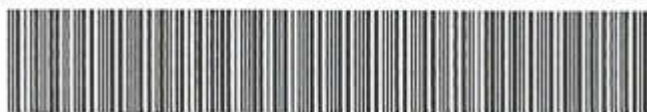
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 603511	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 144,56
------------------------	----------------	-----------------------------

836400000011.445600750001.000000000604.351112190050

*Marcos Gomes*

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradorelider.com.br](http://www.seguradorelider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilain Imacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 283.051.511 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Marcelo Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 595.200.002 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelo Gomes da Silva

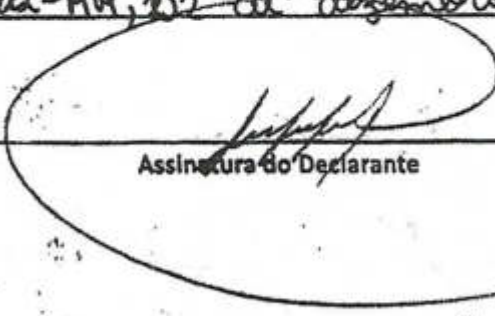
inscrito (a) no CPF sob o Nº 595.200.002 / 91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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>1837</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buarcos</u>	Cidade: <u>Bom Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ilainv@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309.209</u>	Tel.(DDD): <u>(96) 99194-4282</u>

Local e Data: Bom Vista-RR, 02 de dezembro de 2019  
Assinatura do Declarante

27 DEZ. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSPE  
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.

1901162694

16/09/2019 21:10:55

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 21

Paciente

MARCOS GOMES DA SILVA

Tipo Doc Documento

IDENTIDADE 141407

Mãe

IRACENA GOMES DA SILVA

Endereço

RUA - EUCIDON DE SOUSA PINTO - 381 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

22/10/1975

Idade

43 A 10 M 25 D

CNS

700502179632452

CPF

59520000291

Prontuário

Nacionalidade

BRASILEIRA

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

JACUNDA - PA

Contato

(95) 99162-8689

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis: Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

OZIERES PRADO

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queixa Principal

Acidente com motocicleta

ALERGIA A DAPIRIDA

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA 21:24h)

Paciente relata queda de motocicleta às 17h. Sente dor em tórax inferior da  
MAE MTD de grau 3/40. Não consegue mobilizar tórax.

Exame Físico

BEG, LOTE, repleto. Edema no dorso e tórax.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

Tilatil 40mg EV

21-30

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: *Cardiologia*☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ozieres.prado  
Data Hora: 16/09/2019 21:12:07

Lucas Duarte  
Cirurgião Geral  
CRM-RR 17871 RQE 789



1901162694

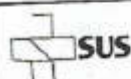
27 DEZ. 2019



12

Anexo I

transf: 17/09/19



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# NIR

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

J75056

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700502179632432

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/10/75

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Iracema Gomes da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Euclides de Sousa Pinto - 381 - São Bento

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente moto, evoluindo com trauma em tornozelo (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame Físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Bimaleolar T22 direita

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortopedia

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Max

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/9/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0301060070 -&gt; 7023

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1299

27 DEZ. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

*Marcelo Gomes da Silva*

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

141487 20/03/2017

NOME  
**MARCOS GOMES DA SILVA**

FILIAÇÃO  
**EDVALDO LUIZ DA SILVA  
IRACEMA GOMES DA SILVA**

NATURALIDADE  
**JACUNDÁ - PA** 22/10/1975

DOC. ORDEM  
**CERTO NASC 2933 FLS 73 LIV B.8  
JACUNDÁ-PA**

595.200.002-91 **AMADEU ROCHA TRIANI**  
3 VIA Perito Reproscopista da Polícia Civil  
Diretor do RDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

27 DEZ. 2019

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**Nome** ELOIR INACIO DE SOUSA

**DOC. IDENTIFIC. / CPG. EMISSOR**  
114807 SSP RJ

**CPF**  
383.051.512-04

**DATA DO BORNHO**  
07/04/1978

**RAÇÃO**  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

**ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA**

**PERMISSÃO**  
[ ]

**ACC.**  
[ ]

**CAT. 1**  
AB

**VALIDADE**  
28/01/2020

**EMISSÃO**  
15/12/1999

**Nº RECATORIO** 01101912304

**COMENTÁRIOS**

**LOCAL**  
BOA VISTA - ROPAINA

**DATA DE EMISSÃO**  
30/01/2015

**92485240616**  
**98207968020**

**ASSISTENTE TÉCNICO**  
[Assinatura]

**ASSISTENTE**  
[Assinatura]

**980151096**

**VÁLIDA EM TODAS**  
**AS TERRITORIALS NACIONAIS**

**980151096**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

27 DEZ. 2019



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

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

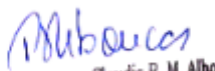
Número do Sinistro: 3190717356  
Nome do(a) Examinado(a): Marcos Gomes da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Rio Tocantins, 240  
Bela Vista Boa Vista RR CEP: 69316-116  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RR ] 141407  
Data local do acidente: [ 16/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 06/02/2020 ] BOA VISTA [ RR ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MALEOLOS)**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: VITIMA FEZ IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA DEVIDO FALTA DE VAGA NA REDE PÚBLICA, ALTA EM DEZEMBRO DE 2019**  
**Complicações: TORNOZELO D: PSEUDOARTROSE COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO/EXTENSÃO**  
**Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**TORNOZELO D: PSEUDOARTROSE COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO/EXTENSÃO**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**TORNOZELO D: PSEUDOARTROSE COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO/EXTENSÃO**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento" ( ) "Sem seqüela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela):<br><b>TORNOZELO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Seqüela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   | Região Corporal (Seqüela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

**Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho**  
**CPF - 378.315.502-91**  
**CRM/RR - 1032**

  
Dra. Regina Claudia R. M. Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
ROE: 177

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190717356 **Cidade:** Normandia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MALÉOLOS).

**Descrição do exame físico:** TORNOZELO D: PSEUDOARTROSE COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA DEVIDO FALTA DE VAGA NA REDE PÚBLICA, ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190717356

**Cidade:** Normandia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARCOS GOMES DA SILVA

**Data do acidente:** 16/09/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO (MALÉOLOS).

**Descrição do exame físico:** TORNOZELO D: PSEUDOARTROSE COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO/EXTENSÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA DEVIDO FALTA DE VAGA NA REDE PÚBLICA, ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190717356 **Cidade:** Normandia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO P.2  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

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

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

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190717356 **Cidade:** Normandia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO P.2  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

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

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

## DANOS

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



# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Marcelo Gomes da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Auxiliar serviços Gerais
IDENTIDADE:	141407 SSP-R
ENDEREÇO:	R. Rio Tocantins 240

OUTORGADO

NOME:	Moisés Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antônio J. Silva

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16/09/2019, cobertura Invalidez, vítima: Marcelo Gomes da Silva.

Bom visto 08-10-19

LOCAL E DATA



Marcelo Gomes da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO  
Cartório do 2º Ofício de Boas Fés  
Daniel Aquino - Tabelião e Boas Fés  
Av. Aldeia Teia, 4307 - Boa Vista  
Fone: (79) 3621-4500  
daniel.aquino@cartoriosquino.com.br

148.048



27 DEZ. 2019

Em testemunho da verdade, EOLC  
De que dou fé, Boa Vista, 08 de outubro de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: [cidadao.portalserri.com.br](http://cidadao.portalserri.com.br)  
RECIR166296A9HVK4BJG4T79A89 I

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466256/19

**Número do Sinistro:** 3190717356

**Vítima:** MARCOS GOMES DA SILVA

**CPF:** 595.200.002-91

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS GOMES DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**MARCOS GOMES DA SILVA : 595.200.002-91**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466256/19

**Vítima:** MARCOS GOMES DA SILVA

**CPF:** 595.200.002-91

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/09/2019

**Titular do CPF:** MARCOS GOMES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
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

### MARCOS GOMES DA SILVA : 595.200.002-91

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019  
Nome: MARCOS GOMES DA SILVA  
CPF: 595.200.002-91

MARCOS GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466256/19

**Número do Sinistro:** 3190717356

**Vítima:** MARCOS GOMES DA SILVA

**CPF:** 595.200.002-91

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS GOMES DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**MARCOS GOMES DA SILVA : 595.200.002-91**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020  
Nome: MARCOS GOMES DA SILVA  
CPF: 595.200.002-91

MARCOS GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190717356                      Vítima: MARCOS GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS GOMES DA SILVA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	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, 26 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190717356**

**Vítima: MARCOS GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), MARCOS GOMES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190717356**

**Vítima: MARCOS GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCOS GOMES DA SILVA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



