

**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: 2690010020200416103736****Processo 0809644-87.2020.8.23.0010  - (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)																																																
<b>Reais</b>																																																					
<b>Realizar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																																					
<b>Filtros</b>																																																					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>																																																					
5 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 5																																																					
<table><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5 16/04/2020 10:37:36</td><td><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b></td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b></td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAO01.pdf</a></td><td>Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo02.pdf</a></td><td>Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo03.pdf</a></td><td>Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.4 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo04.pdf</a></td><td>Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.5 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo05.pdf</a></td><td>Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>5.6 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># KITSEGURADORALIDER.pdf</a></td><td>Público</td></tr><tr><td>4</td><td>02/04/2020 06:58:03</td><td><b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Redistribuição</td><td>Fabiano Talamas de Azevedo <b>Analista Judiciário</b></td></tr><tr><td>3</td><td>01/04/2020 22:20:24</td><td><b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b></td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>2</td><td>01/04/2020 22:20:24</td><td>Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Civil - Comarca de origem: BOA VISTA</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 01/04/2020 22:20:23</td><td><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b></td><td>Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b></td></tr></tbody></table>						Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	<input type="checkbox"/>	5 16/04/2020 10:37:36	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>			5.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAO01.pdf</a>	Público			5.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo02.pdf</a>	Público			5.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo03.pdf</a>	Público			5.4 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo04.pdf</a>	Público			5.5 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo05.pdf</a>	Público			5.6 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># KITSEGURADORALIDER.pdf</a>	Público	4	02/04/2020 06:58:03	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Redistribuição	Fabiano Talamas de Azevedo <b>Analista Judiciário</b>	3	01/04/2020 22:20:24	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>	SISTEMA CNJ	2	01/04/2020 22:20:24	Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Civil - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ	<input type="checkbox"/>	1 01/04/2020 22:20:23	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																																		
<input type="checkbox"/>	5 16/04/2020 10:37:36	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>																																																		
		5.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAO01.pdf</a>	Público																																																		
		5.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo02.pdf</a>	Público																																																		
		5.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo03.pdf</a>	Público																																																		
		5.4 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo04.pdf</a>	Público																																																		
		5.5 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># 2713100CONTESTACAOAnexo05.pdf</a>	Público																																																		
		5.6 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <a href="#"># KITSEGURADORALIDER.pdf</a>	Público																																																		
4	02/04/2020 06:58:03	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Redistribuição	Fabiano Talamas de Azevedo <b>Analista Judiciário</b>																																																		
3	01/04/2020 22:20:24	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>	SISTEMA CNJ																																																		
2	01/04/2020 22:20:24	Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Civil - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ																																																		
<input type="checkbox"/>	1 01/04/2020 22:20:23	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>																																																		



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

**Processo:** 08096448720208230010

**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 **LUIZ VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTSE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/04/2019**.

Cumpre esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, resarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da incorrência de mora por parte da Ré.

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

## **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

### **DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO**

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular<sup>3</sup>, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

---

<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>"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Illegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviços ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeto, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzato assevera que o analfabeto, "por não possuir firma,

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal<sup>4</sup>.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

## **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>5</sup>.

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 MÉRITO**

### **DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

#### **LESÃO PREEXISTENTE**

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT, cujo nº do sinistro **2013206290**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 02/10/2012.

---

e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnaldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

<sup>4</sup>Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº **(2009.001.20283)**, 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece."

<sup>5</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)

Frise-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT no processo administrativo supracitada em decorrência de MEMBRO SUPERIOR DIREITO, 50%, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

## 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: 19/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: LUIZ VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000028913-5

---

Nr. da Autenticação CE4D320B1F847A7D

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 2013206290

Vítima: LUIZ VIEIRA

Cidade: Boa Vista

Data do acidente: 02/10/2012

Natureza: Invalidez

Emissor do parecer: GABRIEL  
JOÃO  
LOURENÇA  
DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços

CRM do médico: 2678

### PARECER

Diagnóstico: FRATURA 1/3 DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame médico: FRATURA NAO CONSOLIDADA, NECESSITANDO DE CIRURGIA, POREM TEVE A INDICACAO RESTRITA DEVIDO A IDADE DA VITIMA (79 ANOS). DEFORMIDADE IMPORTANTE EM PUNHO DIREITO, COM ANQUILOSE DO MESMO + HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO.

Resultados terapêuticos: FRATURA 1/3 DISTAL DO RÁDIO DIREITO - TRATAMENTO APARELHO GESSADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 07/06/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

UF do CRM do médico:

### DANOS

Dano: Perda funcional completa de um dos membros superiores

%	Dimensão	Graduação
70	1	50

Valor avaliado: 4.725,00

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>6</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>7</sup>.

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

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

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

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

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

---

<sup>6</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 HOUVE 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>7</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.”

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>8</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>9</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**

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelênciia 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.

---

<sup>8</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>9</sup>art. 1º. (...)

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

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 expresso 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 GRAADAÇÃO**

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
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\$ 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 pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 nº 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 **LUIZ VIEIRA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08096448720208230010.

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Thierry Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512-04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Heuz Vieira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 144.690.902-63 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Heuz Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.690.902-63 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	Rua: <u>Antônio P. Galvão</u>	Número	<u>1832</u>	Complemento
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado
Email	<u>ILORRR@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD)	CEP	<u>69.309-209</u>

Boa Vista - RR, 28 de Maio de 2019

Local e Data

29 MAIO 2019

29 MAIO 2019

Assinatura do Declarante

DIREITO



Tam: 100

LUIZ VIEIRA

85 ano(s) 07-01-1934

Tam: 100

2026

24-02-2019 11:41:56

POLICLINICA COSME E SILVA

DIREITO



Tam: 100

LUIZ VIEIRA

85 ano(s) 07-01-1934

Tam: 100

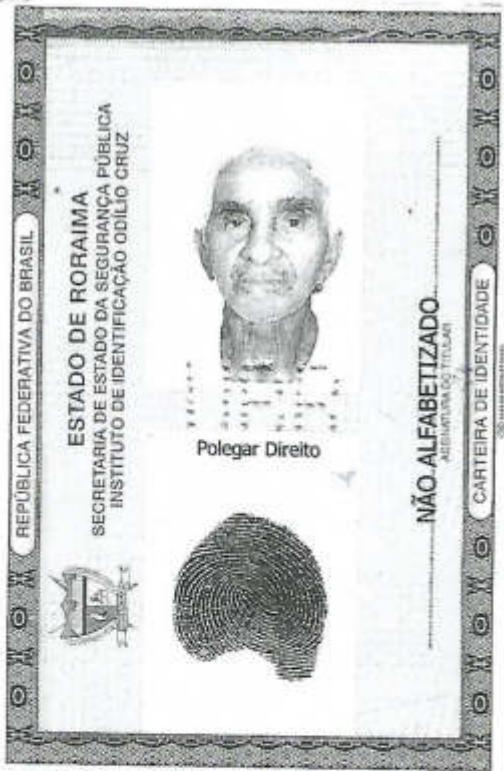
2026

24-02-2019 11:41:56

POLICLINICA COSME E SILVA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	24618
DATA DE EXPEDIÇÃO	21/03/2019
NOME	
<b>LUIZ VIEIRA</b>	
FILIAÇÃO	
MARIA SAVUSTRIANA VIEIRA	
NATURALIDADE	
CAJAZEIRAS DO PIAUÍ - PI	
DOC. ORIGEM	
CERTD CAS 1840 FLS 133 LIV B-6	
QES	
144.690.902-63	
2 <sup>a</sup> VIA	
AMADEU ROCHA TRIANI	
Presto perjurio que a pessoa citada	
Dizida na foto	
P7	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	

PROIBIDO PLASTIFICAR



29 MAIO 2019

14 JAN 2019

14 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSÉ INACIO DE SOUZA  
DOC. IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR/UF: 114807 SSP RR  
Nº REGISTRO: 01101912304 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978  
CPF: 383.051.512-04 DATA HABILITAÇÃO: 15/12/1999  
PAI: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  
MÃE: OMIRIA INACIO DE OLIVEIRA  
PERMISSÃO: ACC: CAT/AB  
VALIDEZ: 28/01/2020  
PROIBIDO PLASTIFICAR: 980151096  
LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015  
ASSINATURA DO PONTADOR: M  
JUNICELINO KUMITACHEK PEREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE  
ASSINATURA DO ENVIADOR: 924852R0616  
9207968620  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - RORAIMA

29 MAIO 2019

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	<i>Luiz Vieira</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>Agricultor</i>
IDENTIDADE:	<i>24618 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Nazaré Pigeiros 699 SH C</i>

### OUTORGADO

NOME:	<i>Hein Lírio de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônomo</i>
IDENTIDADE:	<i>114.807 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Andorinhas p. 6 Pelvão 1839</i>

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: 24/02/2019, cobertura Invalidade, vítima: Hein Lírio.

Boa Vista 02-4-19

LOCAL E DATA

RAIMUNDA LIMA VIEIRA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Eu, RAIMUNDA LIMA VIEIRA, brasileira, maior, capaz, solteira, portadora do RG 419316-4 SSP/RR e CPF 414.544.642-91, assino este atto pelo(a) Sr.(a) LUIZ VIEIRA, pelo fato do(a) mesmo(a) NÃO SER ALFABETIZADO.

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Aluízio Teixeira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/DF  
Fone: (61) 3627-4100  
E-mail: daniel.aquino@cartorioaquinias.com.br

98268.5ca37 cb7722e0  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"RAIMUNDA LIMA VIEIRA"

98.268  
I. Aquino  
Raíma Oliveira de Aquino  
Escriturária Autorizada

Em testemunha da verdade, BSB  
De que dou fé. Boa Vista/DF, 02 de abril de 2019.  
Consulte as(s) selas(s) abaixo em [cidadao.portalsejor.com.br](http://cidadao.portalsejor.com.br)  
REFIR1682969RZML6S74H0FT931 /

Em conformidade com o art. 2º, § 4º, da Lei nº 8.935, de 20 de dezembro de 1994.

29/04/2019

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Ignaz Vieira
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	24618 SSP-RR
ENDEREÇO:	Av. Nazaré Filgueiras, 699, Senador H. Campes
OUTORGADO	

NOME:	Flair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buretis

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: 24/02/2019, cobertura Incvalidez, vítima: Ignaz Vieira

Boa Vista - RR, 07-06-19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

JOSÉ RAFAEL PORFIRIO DE OLIVEIRA  
RG nº 306894-3 SSP/RR e CPF nº 866.034.002-78,  
residente na Rua Cap. Bessa, 156, São Pedro, nesta  
capital. Assino aº rogo pelo(a) mesmo(a) que  
DECLAROU não ser ALFABETIZADO(a).

TESTEMUNHA 1: Raimundo Lima Vizir  
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO LOUREIRO  
TESTEMUNHA 2: Francisco Pedro Mequita  
CARTÓRIO LOUREIRO

CPF: 383265822 04

NR: Bento testemunho, da verdade Boa Vista, 07/06/2019

Foto: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, ISS: 0.10

Selo: RECFIR158345MK5Q7B1Z03DTW707

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 38326582204



CARTÓRIO LOUREIRO

AV. BOA VISTA, 25 - CENTRO - BOA VISTA/RR - Tel.: (65) 3034-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOURREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA (S) ASSINATURA (S)

(Assinatura) FRANCISCO PEDRO MEQUITA

Nº Bento testemunho, da verdade Boa Vista, 07/06/2019

Foto: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, ISS: 0.10

Selo: RECFIR158345MK5Q7B1Z03DTW707

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 38326582204

DR. JOZIEL LOUREIRO

TABELIÃO E REGISTRADOR

REC. VERDADEIRA (S) ASSINATURA (S)

(Assinatura) FRANCISCO PEDRO MEQUITA

Nº Bento testemunho, da verdade Boa Vista, 07/06/2019

Foto: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, ISS: 0.10

Selo: RECFIR158345MK5Q7B1Z03DTW707

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 38326582204

REC. VERDADEIRA (S) ASSINATURA (S)

(Assinatura) FRANCISCO PEDRO MEQUITA

Cartório Loureiro

DANIEL AQUINO

TABELIÃO E REGISTRADOR

REC. VERDADEIRA (S) ASSINATURA (S)

(Assinatura) JOSE RAFAEL PORFIRIO DE OLIVEIRA - RAIMUNDA LIMA

Nº Bento testemunho, da verdade Boa Vista, 07/06/2019

Foto: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, ISS: 0.10

Selo: RECFIR158345MK5Q7B1Z03DTW707

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 38326582204

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Ataíde Teive, 4007 - Asa Sul - CEP: 69070-000 - Boa Vista/RR

Fone: (65) 3034-6097  
E-mail: [oficioboavista@cartorio2oficio.com.br](mailto:oficioboavista@cartorio2oficio.com.br)

REC. VERDADEIRA (S) ASSINATURA (S)

(Assinatura) JOSE RAFAEL PORFIRIO DE OLIVEIRA - RAIMUNDA LIMA

Nº Bento testemunho, da verdade Boa Vista, 07/06/2019

Foto: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, ISS: 0.10

Selo: RECFIR158345MK5Q7B1Z03DTW707

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 38326582204

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Número do Sinistro:** 3190351563

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**Data do acidente:** 24/02/2019

**CPF:** 144.690.902-63

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04**

Procuração

**LUIZ VIEIRA : 144.690.902-63**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

ILOIR INACIO DE SOUZA

MANOEL COELHO NETO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**Data do acidente:** 24/02/2019

**CPF:** 144.690.902-63

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### LUIZ VIEIRA : 144.690.902-63

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019  
Nome: LUIZ VIEIRA  
CPF: 144.690.902-63

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
LUIZ VIEIRA

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

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

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190351563**

**Vítima: LUIZ VIEIRA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUIZ VIEIRA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 144.690.902-63 Nome completo da vítima: Ipuiz Vieira  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: Ipuiz Vieira  
 Profissão: Apontado Endereço: Av. Nazare Filgueiras  
 Bairro: S. M. C Cidade: Boa Vista  
 E-mail: INCIIRR@HOTMAIL.COM  
 CPF: 144.690.902-63  
 Número: 699 Complemento:  
 Estado: RR CEP: 65.316-396  
 Tel. (DDD): (65) 98403-5060

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

**DADOS CADASTRAIS**

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 289135  
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Ipuiz Vieira

CPF: 144.690.902-63

Camila de Souza Recha

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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

29 MAIO 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	144.690.902-63	Ipuiz Vieira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		Ipuiz Vieira	
Profissão:	Endereço:	CPF: 144.690.902-63	
Aposentado	Ru. Nazaré Filgueiras	Número:	699
Bairro:	Cidade:	Complemento:	
S. M. C	Bon Vista	CEP:	65.316-396
E-mail:	Tel.(DDD): (65) 98403-5060		
E-mail: ILOIIRR@HOTMAIL.COM			

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

**DADOS CADASTRAIS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0653**  CONTA: **289 13 5**  
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: **Bon Vista - RR**  
 Nome: **Ipuiz Vieira**  
 CPF: **144.690.902-63**  
**Camila de Souza Rechá**

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

X Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: **Raimundo Lima Vieira**  
 CPF: **414.514.642-53**  
**Raimundo Lima Vieira**

Assinatura

2º | Nome: **Francisco Pedro Mesquita**  
 CPF: **383.255.822-04**

Assinatura

**Francisco Pedro Mesquita**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	144.690.902-63	Ipuiz Vieira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		Ipuiz Vieira	
Profissão:	Endereço:	CPF: 144.690.902-63	
Aposentado	Ru. Nazaré Filgueiras	Número:	699
Bairro:	Cidade:	Complemento:	
S. M. C	Bon Vista	CEP:	65.316-396
E-mail:	Tel.(DDD): (65) 98403-5060		
E-mail: ILOIIRR@HOTMAIL.COM			

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

**DADOS CADASTRAIS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653  CONTA: 289 13 5  
 (Informar o dígito se existir)  CONTA: 289 13 5  
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Bon Vista - RR  
 Nome: Ipuiz Vieira  
 CPF: 144.690.902-63  
 Camila de Souza Rechá

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: Raimundo Ipirama Vieira  
 CPF: 414.514.642-53  
 Assinatura: Raimundo Ipirama Vieira

2º | Nome: Francisco Pedro Mesquita  
 CPF: 383.255.822-04  
 Assinatura: Francisco Pedro Mesquita

Assinatura: Francisco Pedro Mesquita

X

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009115/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/04/2019 11:45 Data/Hora Fim: 02/04/2019 11:55  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 02/04/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/02/2019 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Nova Canaã

Logradouro: Rua Solon Rodrigues Pessoa

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: LUIZ VIEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Cajazeiras do Sexo: Masculino Nasc: 07/01/1934  
Profissão: Aposentado  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Maria Salustiana Vieira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 24618

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Av: Nazaré Filgueiras Nº: 699  
Bairro: Senador Hélio Campos

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que na data, hora e local acima informado, transitava pela via em sua bicicleta, quando uma pessoa do sexo feminino, em um veículo preto, não sabendo informar marca, modelo ou placa, colidiu com a bicicleta do mesmo, o levando ao solo. Que a condutora do automóvel parou para prestar socorro, levando o mesmo ao HGR em veículo próprio. Que após levar o comunicante para o HGR, a condutora do veículo tomou rumo ignorado. Que o comunicante sofreu fratura no braço direito. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009115/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento  
FAT. 042000925

Luiz Vieira  
(Vítima / 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 pelo presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



29 MAIO 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do número do RG:

CPF da vítima:

**144.690.902-63**

Nome completo da vítima:

**Ipuiz Viciria**

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

Nome completo:

**Ipuiz Viciria**

Profissão:

**Apresentado**

Endereço:

**Av. Nazare Filgueiras**

CPF:

**144.690.902-63**

Estado:

**SC**

Cidade:

**SCC Unib**

Número:

**699**

Complemento:

Estado:

**SC**

Cidade:

**SCC Unib**

Estado:

**SC**

CEP:

**65.316-306**

Telefone:

**(55) 98403-5066**

E-mail:

**INQUIRR@HUTMRAIL.COM**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

CONTA POUPANÇA (Corrente para os bancos atuantes. Anexar uma opção)

- Bradesco (207)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Corrente ou Banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

**0653**

CONTA:

**289 13**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de conta)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [anotar 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 informado, 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 cunhas da Seguradora Lider 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 privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do falecimento da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compatriotário(a):  Sim  Não Se a vítima deixou compatriotário(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (ao nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 reincidência criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: **Boa Vista - RR**

Nome: **Ipuiz Viciria**

CPF: **144.690.902-63**

**Camila de Souza Rocha**

(\*) Assinatura da quem assina A RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

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

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

29 MAIO 2018

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do número da RG:

CPF da vítima:

**144.690.902-63**

Nome completo da vítima:

**Ipuiz Viciria**

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

Nome completo:

**Ipuiz Viciria**

Profissão:

**Apresentado**

Endereço:

**Av. Nazare Filgueiras**

CPF:

**144.690.902-63**

Estado:

**SC**

Cidade:

**SCC Unib**

Número:

**699**

Complemento:

Estado:

**SC**

Cidade:

**SCC Unib**

CEP:

**65.316-306**

Estado:



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

29 MAI 2013

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

1º Classificação Reclassificação  
NÃO  Vermelho  
CLASSIFICADO Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Raquel L. Salazar  
Reclassificação  
 Vermelho Enfermagem  
 Laranja  
COREN-RR 001.058.491-TE  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

1901077046 24/02/2019 12:30:09		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	73	
Paciente <b>LUIZ VIEIRA</b> Tipo Doc: <b>IDENTIDADE</b> Documento: <b>24618</b> Órgão Emissor: <b>SSPIRR</b> Mão: <b>MARIA SALUSTRIANA VIEIRA</b> Endereço: <b>AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 699 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR</b>		Data Nascimento: <b>07/01/1934</b> Idade: <b>85 A 1 M 17 D</b> CNS: <b>707609289263993</b> Sexo: <b>M</b> Estado Civil: <b>SOLTEIRO(A)PARD</b> Raça/Cor: <b>BOA VISTA - RR</b> CPF: <b>14469090263</b> Naturalidade: <b>BRASILEIRA</b> Pai: <b>NC</b> Contato: <b>(95) 99115-7010</b> Ocupação:				
Class. de Risco: <b>NÃO CLASSIFICADO</b> Plano Convênio: <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> Motivo do Atendimento: <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b> Caráter do Atendimento: <b>URGÊNCIA</b> Setor: <b>PRONTO ATENDIMENTO</b> Tipo de Chegada: <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>		N° da Carteira: _____ Validação: _____ Autorização: _____ Sis Pronatal: _____ Profissional do Atend.: _____ Procedência: _____ Temp.: _____ Peso: _____ Pressão: _____ Procedimento Sol.: _____ Registrado por: <b>JACKSON.SADOVSKI</b>				
Queixa Principal:		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem:				<b>GSC</b> AO: 12345 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		<p><i>Doente proveniente do HCS, vítima de otoplastia</i></p> <p><i>Nege comorbidades. Repouso em MSD e tonozzo D</i></p> <p><i>BEG, LOTE, coado, espirro, hidratação, APP.</i></p> <p><i>Tem PR cutâneos q frustre radio D.</i></p>				
Hipótese Diagnóstica:						
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PRESCRIÇÃO		<i>Ditrofina 2g (2) aqso</i> <i>an ortopedia</i>		<b>APRAZAMENTO</b> <i>Eduardo S. de Sousa</i> <i>Técnico de Enfermagem</i> <i>COREN-RR-000473114-17</i>	<b>OBSERVAÇÃO</b> <i>BT MAR 2013</i> <i>Ossai</i>	
Conduta				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / / / / /		
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<i>Rosa</i> <i>bianca</i> <i>Cirurgia Geral</i> <i>CRM-RR 1216</i> <i>ROB 47</i>		
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: aldivania.freitas Data Hora: 24/02/2019 12:32:49		 1901077046				

fract de Rádio diafrâmb.

to Es: Fraturas superficiais

Pr: Fract diafrâmb óssea

Fract  
HEM-

CRM-RJ 1759 TEC 1422  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. JONATHAS C. LOPES

29 MAIO 2015

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garoz, 891 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.027.022-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 365/13

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO  
SEU CÓDIGO  
0077592-4

Nº de Nota Fiscal 002334692

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

CONTAMÉS VENCIMENTO VENCIMENTO COTAS PAGAR (R\$)

FEVEREIRO/2019 02/03/2019 113 82,04

RAIMUNDA LIMA VIEIRA  
AV NAZARF FILgueiras 699 SENADOR HELIO CAMPOS

CPF: 00041454464291

CEP: 69.316-396 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.25.109800

LEIAUTOS DA UNIDADE	RWU	LEIAUTOS DA UNIDADE	
Atual:	21068	Atual:	12/02/2019
Anterior:	20955	Anterior:	15/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12/03/2019
Consumo Medido:	113	Emissão:	11/02/2019
Consumo Faturado:	113	Acrecentação:	12/02/2019
	FCAM		

NORMAL

28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	E2730902	H 1420322	1.6.1.1	179
HISTÓRICO DE CONSUMO					
Mês/ano consumo					
JAN/19 149 DEZ/18 171 NOV/18 218 OUT/18 209 SET/18 202 AGO/18 161 JUL/18 197 JUN/18 132 MAI/18 256 ABR/18 241 TIRIM SEM TRIBUTO: 0 H 00 - 0,00 0 H 00 - 0,00 0 H 00 - 0,00					
CONSUMO 30 A R\$ 0,268163 = 8,04 70 A R\$ 0,459703 = 32,17 13 A R\$ 0,069360 = 3,22 SUBVENCAO BAIXA RENDA 39,21 ILUMINACAO PUBLICA 32,87					
MENSAGENS INFORMAÇÕES DE FATO DE PAGAMENTO					

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA  
CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA  
RORAIMA ENERGIA.

IGUE 02/03/2019/20 F. FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 11/02/2019, não constatam futuros vencimentos  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

RESERVADO AO FISCO	5551-5694-0455-201B-F425-0743-1664-1001
Distribuição:	12,36
Energia:	26,19
Transmissão:	0,00
Encargos:	1,36
Tributos:	
Base de Cálculo:	49,17
Aliquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	8,35
Valor do PIS:	0,16
Valor do COFINS:	
9.100 DÁGERS DE CONTINUIDADE:	0,75

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65

0,75

29 MAIO 2019



**RORAIMA ENERGIA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

*Ligada em você*

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

**ILOR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

*Identificação mecânica*

**29 MAIO 2019**

*recorte aqui*

### RORAIMA ENERGIA



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2019	R\$ 229,20

83610000022.292000750003.000000001081.915302190052



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013206290	<b>Cidade:</b> Boa Vista	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> LUIZ VIEIRA	<b>Data do acidente:</b> 02/10/2012	<b>Emissor do parecer:</b> GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
<b>Seguradora:</b> MBM SEGURADORA S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 2678

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA 1/3 DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Descrição do exame médico:** FRATURA NAO CONSOLIDADA, NECESSITANDO DE CIRURGIA, POREM TEVE A INDICACAO RESTRITA DEVIDO A IDADE DA VITIMA (79 ANOS). DEFORMIDADE IMPORTANTE EM PUNHO DIREITO, COM ANQUILOSE DO MESMO + pericial: HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRACO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA 1/3 DISTAL DO RÁDIO DIREITO - TRATAMENTO APARELHO GESSADO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/06/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 9.450,00

**Médico avaliador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	50

**Valor avaliado:** 4.725,00

# 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: 19/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: LUIZ VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 00000028913-5

---

Nr. da Autenticação CE4D320B1F847A7D



04 ABR 2013  
RESINTRAN

COMUNICANTE  
LUIZ VIEIRA

ERICO WALLACE BESSA ROCHA  
AGENTE DE POLICIA

Boa Vista, 31 de Janeiro de 2013.

O Sr. LUIZ VIEIRA, RG nº 14618 - SSP/RR CPF nº 144.690.902-63, residiu na Avenida Nazaré Filgueiras nº 699 - Senador Heitor Campos, vila a esta residência para complementar o que segue:

- Que sofreu um acidente no dia 02/10/2012, mas que só deu entrada no PSE no dia 18/12/2012.
- Era o relato.

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 310 /2013/ DAT  
DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO**

“Amazonia: Patrimônio dos brasileiros”

DEPARTAMENTO DE POLÍCIAS JUDICIAIS ESPECIALIZADA - DPE  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - DAT  
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL