

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)

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 10:37:36	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
5.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2713100CONTESTACAO01.pdfPúblico
5.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2713100CONTESTACAOAnexo02.pdfPúblico
5.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2713100CONTESTACAOAnexo03.pdfPúblico
5.4	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2713100CONTESTACAOAnexo04.pdfPúblico
5.5	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2713100CONTESTACAOAnexo05.pdfPúblico
5.6	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdfPúblico
4	02/04/2020 06:58:03	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	Fabiano Talamas de Azevedo
3	01/04/2020 22:20:24	Redistribuição	Analista Judiciário
2	01/04/2020 22:20:24	RECEBIDOS OS AUTOS DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
1	01/04/2020 22:20:23	Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	01/04/2020 22:20:23	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:** 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 SÍNTESE 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, ressarcimento 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 inocorrência 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. Ilegitimidade 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, serviçais 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 analfabeta, 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 Rizzardo 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

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

#### DADOS DO SINISTRO

Número: 2013206290

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez

Vítima: LUIZ VIEIRA

Data do acidente: 02/10/2012

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 pericial:** 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 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 AM 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 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>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 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.

---

<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 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 **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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Vieira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 144.690.902/ 63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Luiz 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 <u>Rua: Antonio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOIRRR@HOTMAIL.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)98403-5060</u>

Boa Vista - RR de 28 de Maio de 2019

Local e Data

29 MAIO 2019

29 MAIO 2019

Assinatura do Declarante



DIREITO



LUIZ VIEIRA  
85 ano(s) 07-01-1934

24-02-2019 11:41:56  
POLICLINICA COSME E SILVA

DIREITO




LUIZ VIEIRA  
85 ano(s) 07-01-1934


24-02-2019 11:41:56  
POLICLINICA COSME E SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



NÃO ALFABETIZADO  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **24618** DATA DE EXPEDIÇÃO **21/03/2019**

NOME **LUIZ VIEIRA**

FILIAÇÃO **MARIA SALUSTRIANA VIEIRA  
CAJAZEIRAS DO PIAUÍ - PI**

NATURALIDADE **CAJAZEIRAS DO PIAUÍ - PI**

DOC ORIGEM **CERTO CAS 1840 FLS 133 LIV B-6**

BOA VISTA - RR

CPF **144.690.902-63**

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Policial da Polícia Civil  
Diretor do IAC

DATA DE NASCIMENTO **07/01/1934**

LEI Nº 7.116 DE 28/08/63

P7

PROIBIDO PLASTIFICAR

29 MAIO 2019



14 JAN 2019

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

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CÔG. REGISTRAR  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
CONDUZIR

ACC  
CONDUZIR

CAF/WR  
AD

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616  
R207960020

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASIFICAR

VÁLIDA EM 1999  
HABILITAÇÃO NACIONAL  
980151096

980151096

29 MAIO 2019



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	<u>Luz Vieira</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>
IDENTIDADE:	<u>24618 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>R. Nazari Filgueiras 699 SHC</u>

## OUTORGADO

NOME:	<u>Ilair Inácio de Souza</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Autônomo</u>
IDENTIDADE:	<u>114.807 SSP-RR</u>
ENDEREÇO:	<u>R. Antonio p. Calvão 1839</u>

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 Invalidity, vítima: Luiz Vieira.

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 ato 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. Atalaia Teve, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (91) 3617-4155  
daniel@boaavista.com.br

98268.5ca37cb772e0  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
RAIMUNDA LIMA VIEIRA

98.268

Em testemunho da verdade, SSP  
De que dou fé, Boa Vista/RR, 02 de abril de 2019.  
Consulta e(s) selo(s) abaixo em [cidadeportalssm.com.br](http://cidadeportalssm.com.br)  
REC/FIR1662969RZML6S74H0FT931/

*Ilair Inácio de Souza*  
Ilair Inácio de Souza  
Escritor Autorizada

29 MAIO 2019

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Luiz Vieira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	24618 SSP-RR
ENDEREÇO:	Av. Nazaré Filgueiras 699, Senador H. Campos

OUTORGADO

NOME:	Glair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Bureti

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 Invalidez, vítima: Luiz Vieira

Boa Vista - RR, 07.06.19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

JOSÉ RAFAEL PORFÍRIO 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 a rgo pelo(a) mesmo(a) que  
DECLAROU não ser ALFABETIZADO(a).



TESTEMUNHA 1: Raimundo Lima Viziça



114 544 642-91

TESTEMUNHA 2: Francisco Pedro Mesquita

CPF: 38326582204



<b>CARTÓRIO LOUREIRO</b> DR. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR Rua: 1012, BOA VISTA - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (65) 3634-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR	
1ª C. VERDADEIRA (S) ASSINATURA(S) [Assinatura] FRANCISCO PEDRO MESQUITA MCB Em testemunho da verdade. Boa Vista, 07/06/2019. Protocolo: 45, FUNDEJURR: 8, 25, FISC: 0, 10, FECON: 0, 10, ISS: 0, 10, VLS: 0, 10 Selo: REC FIR 158345MK5Q7B1Z03DTW707 Consulte seu selo: <a href="https://cidadeao.portalselorr.com.br">https://cidadeao.portalselorr.com.br</a> CPF Solicitante: 38326582204	



Cartório do 2º Ofício - Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Ataíde Teive, 407 - Boa Vista/RR  
Fone: (65) 3634-6097  
Soficioboa Vista@cartorio2ooficio.com.br

1160515cfab0b623c7d Reconheço por VERDADEIRA (S) FIRMA(S) 1ª JOSE RAFAEL PORFIRIO DE OLIVEIRA - TABELÃO LMA VIEIRA Em testemunho da verdade. LPS De que deu 16. Boa Vista/RR, 07 de junho de 2019. Consulte o(s) selo(s) abaixo em <a href="https://cidadeao.portalselorr.com.br">cidadeao.portalselorr.com.br</a> (REC FIR 158296C2J2DFJ0VCNCVN13 / REC FIR 15829623J028S4B833MT16 / Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 9,00	116.051
--	---------

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Número do Sinistro:** 3190351563

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**CPF:** 144.690.902-63

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

## 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

\_\_\_\_\_  
ILOIR INACIO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181713/19

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**CPF:** 144.690.902-63

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ VIEIRA

## 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

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

---

**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

---

**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

---

**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

---

**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 de 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: **Luiz Vieira**

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

Nome completo: **Luiz Vieira** CPF: **144.690.902-63**

Profissão: **Aposentado** Endereço: **Av. Nazare Filgueiras** Número: **699** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **S. M. C** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.316-396**

E-mail: **ILDIRR@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **95198403-5060**

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **0653** ☐ CONTA: **28913** ☐ **S**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nome: **Luiz Vieira**

CPF: **144.690.902-63**

**Camila de Souza Rocha**

(\*) 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.



# 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	Luiz Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Luiz Vieira	144.690.902-63	
Profissão:	Endereço:	Número:
Aposentado	Av. Nazare Filgueiras	699
Bairro:	Cidade:	CEP:
S. H. C	Boa Vista	65.316-396
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
LOIERRR@HOTMAIL.COM	RR	95198403-5060

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENTA 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: 28913

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Local e Data, Boa Vista - RR,

Nome: Luiz Vieira

CPF: 144.690.902-63

Camila de Souza Rocha

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1º Nome: Raimundo Lima Vieira

CPF: 414.544.642-53

Raimundo Lima Vieira

Assinatura

2º Nome: Francisco Pedro Mesquita

CPF: 383.255.822-04

Francisco Pedro Mesquita

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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	Luiz Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Luiz Vieira	144.690.902-63	
Profissão:	Endereço:	Número:
Aposentado	Av. Nazare Filgueiras	699
Complemento:	Cidade:	CEP:
	Boa Vista	65.316-396
Bairro:	Estado:	Tel. (DDD):
S. H. C	RR	95198403-5060
E-mail:		
LOIERRR@HOTMAIL.COM		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 28913

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vitima 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.

Local e Data, Boa Vista - RR,  
Nome: Luiz Vieira  
CPF: 144.690.902-63  
Camila de Souza Rocha  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Raimundo Lima Vieira  
CPF: 414.544.642-53  
Raimundo Lima Vieira  
Assinatura

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

29 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA 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

Melo(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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009115/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento  
PAT. 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 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."



29 MAIO 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AIL:

CPF da vítima:

144.690.902-63

Nome completo da vítima:

Imaiz Vieira

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012**

Nome completo:

Imaiz Vieira

Profissão:

Aparentado

Endereço:

Av. Nazare Filgueiras

CPF:

144.690.902-63

Número:

699

Complemento:

Bairro:

S.H.C

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-396

E-mail:

ILOIERR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

69198403-5060

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

**REDA MENSAL:**
☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

☐ CONTA:

28913

AGÊNCIA:

☐ CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

**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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

 Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 219 do Código Penal.

Local e Data:

Boa Vista - RR

Nome:

Imaiz Vieira

CPF:

144.690.902-63

Camila de Souza Rocha

(\*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

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 ROSTO, 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:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AIL:

CPF da vítima:

144.690.902-63

Nome completo da vítima:

Imaiz Vieira

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012**

Nome completo:

Imaiz Vieira

Profissão:

Aparentado

Endereço:

Av. Nazare Filgueiras

CPF:

144.690.902-63

Número:

699

Complemento:

Bairro:

S.H.C

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-396

E-mail:

ILOIERR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

69198403-5060

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

**RENDA MENSAL:**
☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 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 POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

☐ CONTA:

28913

AGÊNCIA:

☐ CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

**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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML, que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo alegado, 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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:

Fallecidos:

Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 219 do Código Penal.

Local e Data:

Boa Vista - RR

Nome:

Imaiz Vieira

CPF:

144.690.902-63

Camila de Souza Rocha

(\*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

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 ROSTO, 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

Beneficiário (se for diferente) ☐ NÃO TEM BENEFICIÁRIO DE SEGURO DPVAT (se for diferente, preencher o formulário de SEGURO DPVAT) ☒ TEM BENEFICIÁRIO DE SEGURO DPVAT ☐ NÃO TEM

Nome do segurado: **144.690.902-63 Luiz Vieira**

RG: **144.690.902-63**

CPF: **144.690.902-63**

Nome do segurado: **Luiz Vieira**

RG: **144.690.902-63**

CPF: **144.690.902-63**

Nome do segurado: **Luiz Vieira**

RG: **144.690.902-63**

CPF: **144.690.902-63**

UNIDADE CADASTRAL

Endereço: **Av. Nogueira Figueiredo**

Cidade: **Recife**

UF: **PE**

CEP: **51030-000**

Telefone: **316-356**

E-mail: **luizvieira@hufma.com**

Nome do segurado: **Luiz Vieira**

RG: **144.690.902-63**

CPF: **144.690.902-63**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IMI - PRESENCIAMENTO SEMPRE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não sou responsável pelo pagamento de indenização de Seguro DPVAT por motivo de invalidez permanente, uma vez que (assinado pelo segurado):

☐ Não fui ferido, não sofri acidente ou doença que tenha causado lesão no

☐ Não fui ferido, não sofri acidente ou doença que tenha causado lesão no

☐ Não fui ferido, não sofri acidente ou doença que tenha causado lesão no

DECLARAÇÃO DE CAUSO DE INVALIDEZ - PRESENCIAMENTO SEMPRE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que sou responsável pelo pagamento de indenização de Seguro DPVAT por motivo de morte, uma vez que (assinado pelo segurado):

☐ Não fui ferido, não sofri acidente ou doença que tenha causado lesão no

☐ Não fui ferido, não sofri acidente ou doença que tenha causado lesão no

☐ Não fui ferido, não sofri acidente ou doença que tenha causado lesão no

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

Assinatura e Rubrica: **Luiz Vieira**

29 MAIO 2013



24/02/2019

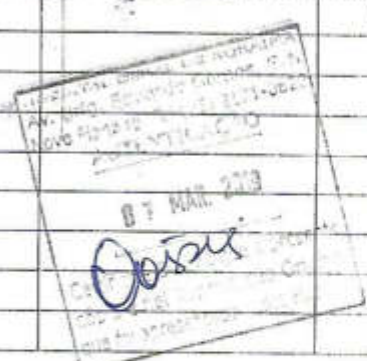
Guia de Atendimento 17

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

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

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Roguel L. Salazar  
Enfermagem  
CC-001.058.491-TE  
Vermelho  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

1901077046 24/02/2019 12:30:09		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 73	
Paciente <b>LUIZ VIEIRA</b>		Data Nascimento <b>07/01/1934</b>		Idade <b>85 A 1 M 17 D</b>	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE 24618</b>		Documento <b>SSP/RR</b>		CNS <b>707609289263993</b>	
Mãe <b>MARIA SALUSTRIANA VIEIRA</b>		Sexo <b>M</b>		CPF <b>14469090263</b>	
Endereço <b>AVENIDA - NAZARE FILGUEIRAS - 699 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR</b>		Estado Civil <b>SOLTEIRO(A) PARD</b>		Naturalidade <b>BOA VISTA - RR</b>	
		Raça/Cor <b>NC</b>		Nacionalidade <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>		Nº da Carteira	
Motivo do Atendimento <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>		Validade	
Setor <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>		Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>		Autorização	
				Sis Prenatal	
				Temp.	
				Peso	
				Pressão	
				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> <b>TOTAL</b> AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		<i>Doente proveniente do LCS, vítima de atropelamento Neste comorbidade. Refere dor em MSD e tornozelo D</i>			
Exame Físico		<i>BEG, LOTE, cado, suprimido, histerico, APP. Tem RP cutâneas q fatura radio D.</i>			
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAO-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		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>Prescrição de (2) dose An ortopédo</i>		<i>Eliane da S. de Sousa</i> Técnico de Enfermagem COREN-RR 000473114-1F			
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:			
óbito		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatório <i>Liana La Rosa</i> Cirurgiã Geral CRM-RR 1216 RQE 47			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico			

Impresso por: aldivania.freitas  
Data Hora: 24/02/2019 12:32:49

2019  
001001 - Sistema de Informação  
de Saúde do Estado de Roraima  
Versão 4.2.17-01-00-00



1901077046

29 MAIO 2019

fract de Rádio diáfano.

At to: Ferimentos superficiais

Po: Fract dist sem desvio

Sub  
HEM.

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1759 1501 14272

29 MAIO 2019



# Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0077592-4

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - 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 DEFAZ 365/13

Nº de Nota Fiscal 002334692

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

CONTÁBILIDADE VENCIMENTO DATA DE PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO

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

RAIMUNDA LIMA VIEIRA

AV NAZARE FILGUEIRAS 699 SENADOR HELIO CAMPOS

CPF: 00041454464291

CEP: 69.316-396 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.25.109300

DADOS DE UTILIZADOR	DATA	VALOR	DADOS DE UTILIZADOR	DATA	VALOR
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	FCAM	Apresentação:	12/02/2019	

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Fat Média 12 meses

RESID. BA. RENDA MONO E2730902 H 1420322 1.6.1.1 179

RESUMO DO CONSUMO

Mês de consumo

JAN/18 169

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,268163 = 8,04

31 A 70 - 0,459703 = 32,17

71 A 100 - 0,000000 = 0,00

101 A 113 - 0,554500 = 32,87

SUBVENÇÃO BAIXA RENDA ILUMINAÇÃO PÚBLICA

39,21

32,87

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

PARABENS! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

29 MAIO 2019

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA FATURA

Distribuição: 12,36

Energia: 26,19

Transmissão: 0,00

Encargos: 1,36

Tributos: 0,75

Base de Cálculo: 49,17

Alíquota ICMS: 17,00%

Valor do ICMS: 8,35

Valor do PIS: 0,16

Valor do COFINS: 0,75

Valor do ICMS: 8,35

Valor do PIS: 0,16

Valor do COFINS: 0,75

Valor do ICMS: 8,35

Valor do PIS: 0,16

Valor do COFINS: 0,75

Valor do ICMS: 8,35

Valor do PIS: 0,16

Valor do COFINS: 0,75

Valor do ICMS: 8,35

Valor do PIS: 0,16

Valor do COFINS: 0,75

Valor do ICMS: 8,35

Valor do PIS: 0,16

Valor do COFINS: 0,75

Valor do ICMS: 8,35

Valor do PIS: 0,16

Valor do COFINS: 0,75

Valor do ICMS: 8,35





**RORAIMA**  
ENERGIA

**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

**ILOIR 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

Autenticação mecânica

**29 MAIO 2019**

recorte aqui



**RORAIMA**  
ENERGIA

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

*Ligada em você*

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013206290

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** LUIZ VIEIRA

**Data do acidente:** 02/10/2012

**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 pericial:** 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 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:** AM

### DANOS

#### Dano

Perda funcional completa de um dos membros superiores

%	Dimensão	Graduação
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: 000000028913-5

---

Nr. da Autenticação CE4D320B1F847A7D

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 310	
ANO: 2013	Registrado às 09:28
COMUNICANTE: LUIZ VIEIRA	
O. EXP. SSP/RR	CPI: 144.690.902-63
ENDERECO: AV. NAZARE FILGUEIRAS, N.º 699	BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS
CIDADE: BOA VISTA	NACIONALIDADE: BRASILEIRA
NATURALIDADE: CAJAZEIRA	ESTADO: PI
DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1934	GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: CASADO(A)	TELEFONE: 95 9115-7010
NOME DO PAI:	NOME DA MÃE: MARIA SALUSTRIANA VIEIRA

Senhor Delegado:  
Vem a presença de Vossa Senhoria para comunicar que aproximadamente às 09:33 d 02/10/2012, aconteceu o seguinte fato:  
Informa que estava trafegando de bicicleta na BR-432, sentido Boa Vista quando foi surpreendido por um motociclista que vinha no mesmo sentido, colidiu na sua bicicleta jogando o fora da BR, não parou. O comunicante foi encaminhado por terceiros para o PSE. É o relato.



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE COM FÊSOS CORPORAIS

NIOMIA CORREA DE MIRANDA  
Agente de Polícia

LUIZ VIEIRA  
Comunicante

Boa Vista, 21/01/2013

**DESPACHO**

PARA ATRIBUIÇÃO: ARQUIV. SEI

AGUARDE-SE REPRESENTAÇÃO

IMPRESSO-SE SEM VÍCIO DA

NA E VEÍCULO(S) ENVOLVIDOS:

FAVRE-SE T. O. A. A. T.

PAGE: \_\_\_\_\_

PARA PROVIDÊNCIAS: \_\_\_\_\_

**DESPACHO**

DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL - SSP/RR

**DESPACHO**

DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL - SSP/RR

04 ABR 2013

RESINTRAN

Impresso em: segunda-feira, 21 de janeiro de 2013

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

O Sr. LUIZ VIEIRA, RG n.º 14618 - SSP/RR CPF n.º 144.690.902-63, residente na Avenida Nazare Filgueiras n.º 699 - Senador Helio Campos, vem a esta especializada para complementar o que segue:

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

Boa Vista, 31 de Janeiro de 2013.



LUIZ VIEIRA  
COMUNICANTE

ERICO WALLACE BESSA ROCHA  
AGENTE DE POLÍCIA

04 ABR 2013

RESINTRAN