

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:
2722317520200522153747

Processo 0811221-03.2020.8.23.0010 ☆ - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 7	22/05/2020 15:37:47	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
7.1 Arquivo: Contestação Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720503CONTESTACAO02.pdf Público 7.2 Arquivo: anexo 2 Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720503CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 7.3 Arquivo: kit seguradora Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
[+] 6	11/05/2020 11:30:28	DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
5	06/05/2020 11:07:41	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	06/05/2020 11:07:41	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	06/05/2020 11:07:41	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
2	06/05/2020 11:07:41	Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	06/05/2020 11:07:40	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado



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

Processo: 08112210320208230010

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 **JHOANNY JOSE MORENO PEREZ**, 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 **01/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/10/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA 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, CPC³.

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/10/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

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

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e 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 Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio 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 cursam 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 **JHOANNY JOSE MORENO PEREZ**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08112210320208230010.

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELMA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248-066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JHOANNY JOSE MORENO PEREZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.262.842 / 89,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.262.842 / 89, 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>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>confiancaast@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 02 de janeiro de 2020.

TELMA S. GUEDES
Assinatura do Declarante

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____

Número da Guia: _____

Data do Atendimento: 26/12/2019

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA (X) AMARELO () VERDE () AZUL

Hora: 14:43

Nome: Joanny Moreno Idade: 30

End.: Rua Naranhão Nº _____ Bairro: Centro Cidade: _____

D.N.: 19 103189 Sexo: F Naturalidade: Venezuela

CPF: _____ RG: _____ /Órgão: _____

Mãe: Nancy Perez

Pai: _____

CNS: NÃO TEM

Estado Civil: _____ Conjunção: _____

84.013.110/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
Telefone: (CE) 69 340-000
Mucajal - RR

CONFERE COM ORIGINAL

PA: <u>193x100 mmHg</u>	FR: _____	SPO2: _____	TAX: _____
EC: _____	DX: _____	TAX: _____	PESO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente deu entrada nesta unidade com história de acidente de trânsito - X-moto, com suspeita de fratura em braço Esq.

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

Acidente de trânsito - X-moto em 70 km/h
Paciente apresenta dor intensa em
art. ombro ESQ
- DÍPROMO 25 @
Rx art. ombro ESQ.

Ronildo da Silva Campos
Aux. de Enfermagem
CRM-RR 2020

Dr. Rafael de Freitas
CRM-RR 2020

Encaminhado
p/ HGR.

OBSERVAÇÕES

1- Fratura fechada rádio (E).

Responsável pelo paciente (se menor)

1901168655	01/10/2019 16:39:29	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	32
------------	---------------------	----------------------	---------------	--------------	----

Paciente	Data Nascimento		Idade		CNS	CPF	Prontuário	
JHOANNY JOSE MORENO PEREZ	17/03/1989		30 A 6 M 15 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
				F	NAO	PARDA		VENEZUELA
Mãe						Contato		
NI								
Endereço								Ocupação
RUA -- SN -- BOA VISTA - RR								

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	*Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE BICICLET	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ANTONIA SOARES	

Queixa Principal	☐ Síndrome Febril	☐ Sintomático Respiratório	☐ Suspeita de Dengue
------------------	--	---	---

motorbici

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente sofreu o acidente agora a tarde
 Cl. fratura de quadril.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA XPS ECG () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Carina Kendra M. Marques
Cir. Geral/Coloproctologia
RQE/5650/664
CRM/RR 1512

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para: _____

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.scares
Data Hora: 01/10/2019 16:42:11

**2019-2020 - Graduate and Postgraduate
and - Undergraduate and Honors**



10011-0955

Autopsia - Dr. J. Augusto

RX Roao dental (F)

CD Roao Zussuta.

RX Cautus de

Sudmaten

Alta.

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RP 2007



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sra. **JHOANNY JOSE MORENA PEREZ**, RG. Nº **19.390.738** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (**GRANDE TRAUMA**) no dia **01/10/2019 às 16h e 39min**, por motivo (**ACIDENTE DE BICICLETA**), recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: **1901168655**.

Boa Vista-RR, 08 de NOVEMBRO de 2019.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (93) 2121-0620
ATESTADO
08 . NOV . 2019
Certifico e Dou fe que a presente cópia é uma reprodução Original que foi produzida neste Hospital.



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

1ª Classificação/Reclassificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

|Reclassificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

[Reclassificação]

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

1901168655	01/10/2019 16:39:29	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19		32
Paciente JHOANNY JOSE MORENO PEREZ		Data Nascimento 17/03/1989	Idade 30 A 7 M 22 D	CNS	CPF	Prontuário		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo F	Estado Civil NAO INFORMADO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade	Nacionalidade VENEZUELA
Mãe NI					Contato			
Endereço RUA - - SN - - BOA VISTA - RR					Ocupação			
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE BICICLET	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: ANTONIA.SOARES					
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL			
				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)								
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares								
☐ RAIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____								
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Conduta				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____				
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: _____				Certificação: ☐ Original ☐ Cópia Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____				
óbito								
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica								

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

impresso por: elton.tanorio
Data Hora: 08/11/2019 08:04:44

© 2018
 EDITED - Edizione del 1998
 (1) - Impaginazione del testo
 (2) - Impaginazione del testo



190118955

E

AP

E

AP



Nome: JHOANNY MORENO
HOSP. VER. JOSE G. CATAO

Feminino ID: 7767
Unidade Mucajai

Nasc: 17/03/1989 30 ano(s)
Tec: TR LUCIANA

E



AP



PERF



TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conteúdo das anotações constará sempre documentalmente e o seu registro de ocorrência será responsável pela conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu prestatador.

Pela sua importância, a Lei deve proteger a sua guarda, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, constitui uma asseguração para o futuro e a de seus dependentes, sendo, portanto, também, como documento de identificação.

CONJUNTA COM RECURSOS DO
Fundo de Amparo ao Trabalhador

ESTA CARTEIRA CONTEM 24 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

NUMERO - 238.53845.54-8

NUMERO 0534053

CLASSIFICACAO A01

RR

Assinatura de Manoel Reis

ASSINATURA DO TITULAR





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

707.262.842-89

Nome

JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Nascimento

17/03/1989

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



Polegar Direito



Telvia S. Guedes
SIGNATÚRA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO

GERAL

524555-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTARÉM - PA

18/11/1970

DOC. ORDEM

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Psiquiatra da Polícia Civil

Diretor do ICPD

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015470/20

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

CPF: 707.262.842-89

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/10/2019

Titular do CPF: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JHOANNY JOSE MORENO PEREZ : 707.262.842-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017760 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.P2/3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017760 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.P2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017760

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017760

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017760

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003993-4

Conta: 000010017363-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

707.262.842-89

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

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

5 - Nome completo:

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

6 - CPF:

707.262.842-89

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

DESEMPREGADA

RUA MARANIMÓ

363

APTE 2

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MUCATÁ

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.340-000

15 - E-mail:

confianca.st@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (conforme para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☒ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3993

4

CONTA: 17363

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista, RR, 31 de Janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 37.363 0 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital ou vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 02 de Janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁ

571827

ADITAMENTO - BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência: 1171/2019		Data: 08/10/2019	Hora: 16h30min
Nome: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ		Alcunha:	
Identidade: F044285-G Polícia Federal		CPF:	
Endereço: Av. Maranhão		Bairro: Centro	
Ponto de Referência: Próximo da Panificadora Pão de Ouro			
Cidade: Mucajá	Estado: RR	Telefone: 98404-0415	
Nacionalidade: Venezuelana	Naturalidade: Cantaura	Estado: Anzoátegui	
Filiação: José Antônio Moreno Obando e Nancy Coromoto Perez Moreno			
Profissão: Diarista	Data de Nascimento: 17/03/1989	Idade: 30 anos	
Estado Civil: Solteira	Grau de Instrução: Técnico em Administração		
Cor/Raça: negra			
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR			
Natureza: Acidente de Tráfego com Vítima - Lesão Corporal			Código: 1001
Nome/Autor: Aline Correia - Fone 99159-9906			
CPF/RG: 3385507 SSP/RR - CPF 041.910.752-50		Filiação: PJ	
Endereço: Rua Deusdete Soares Medrada, nº 26 - Bairro Sagrada Família - Mucajá/RR			
Local da Ocorrência: Av. Nossa senhora de Fátima - Rotatória com a Av. Firmino Azevedo - Centro - Mucajá/RR..			
Senhor Delegado, Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajá, a pessoa acima qualificada para comunicar QUE na terça-feira dia 01/10/2019 por volta 14h30min trafegava de bicicleta na via lateral da Av. Nosso Senhora de Fátima (sentido Mucajá/Iracema); QUE ao chegar na rotatória da Av. Firmino Azevedo, ela foi atropelada por uma motocicleta; QUE foi socorrida por populares até o Hospital de Mucajá e em seguida encaminhada para o HGR em Boa Vista; QUE no hospital de Mucajá a condutora da motocicleta (Aline Correia) conversou com a mãe da comunicante e falou que a comunicante poderia procurar ela depois para conversarem; QUE na ocasião ela forneceu seu telefone (99159-9906); QUE na sexta-feira dia 04/10/2019 a comunicante procurou a Aline (via telefone), entretanto Aline não quis mais conversar nada com a comunicante; QUE em decorrência do acidente sofrido a comunicante teve uma fratura no braço esquerdo. Era o que tinha a comunicar.			
 Reginaldo Almeida Agente de polícia Civil Matricula n.º 42000285		 JHOANNY JOSE MORENO PEREZ Comunicante	
Despacho () FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE () AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL () INTIME-SE AS PARTES /TCO/BOC PELO DELITO _____ PREVISTO NO ART _____ () INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____/____/____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____		Despacho _____ _____ _____ LOCAL _____ DATA ____/____/____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAA (DESPLASAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sistema CADL

3 - CPF do titular

4 - Nome completo do titular

707.262.842-89 JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RESIDÊNCIA DO TITULAR DA PESSOA FÍSICA NÍTIMA/BENEFICIÁRIA/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUP. Nº 405/2012

5 - Nome completo

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

6 - CPF

707.262.842-89

7 - Profissão

DESEMPREGADA

8 - Endereço

RUA MARANHÃO

9 - Número

363

10 - Complemento

APT. 2

11 - Bairro

CENLHO

12 - Cidade

MUCAIAL

13 - Estado

RR

14 - CEP

69.340-000

15 - E-mail

confianca.st@hotmail.com

16 - Telefone

(95) 38338.1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, a veracidade das informações prestadas, sob pena de comprovação em juízo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDIMENTO DO TITULAR DO CONTRATO

☒ R\$ 150,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.001,00 A R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDIMENTO

☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - TIPO DE BANCÁRIO

☒ BENEFICIÁRIO DO CONTRATO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DO CONTRATO

☐ CONTA POUPEANÇA

(Selecione uma opção de poupança: Atualize uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (243)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informe o tipo de agência)

(Informe o tipo de conta)

AGÊNCIA:

3993

4

CONTA:

37.363

0

(Informe o tipo de agência)

(Informe o tipo de conta)

Advertir a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de multa de indenização, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT a que o titular tem direito, reconhecendo o dano, ilicite e o mesmo após a efetivação do crédito, quita o total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LUCRO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Sob pena de preclusão da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada ao IML e apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, mas o discordo do ato praticado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ União estável ☐ Outro

24 - Grau de parentesco com a vítima

25 - Vítima do acidente (sim/não)

☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima do acidente não for beneficiária, informar a quem compete

27 - Vítima do acidente (sim/não)

28 - Se a vítima do acidente não for beneficiária, informar a quem compete

29 - Vítima do acidente (sim/não)

30 - Se a vítima do acidente não for beneficiária, informar a quem compete

31 - Vítima do acidente (sim/não)

32 - Se a vítima do acidente não for beneficiária, informar a quem compete

33 - Vítima do acidente (sim/não)

☐ Sim ☐ Não

Declaro que a Seguradora LIDER pagará, em caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte de acordo com as condições de cobertura e exclusões constantes no contrato, estando ciente de que qualquer omissão ou declaração falsa acarretará a perda da cobertura e a obrigação de ressarcir o valor indenizado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

35 - Nome legal de quem assina a petição (a ração)

36 - CPF legal de quem assina a petição (a ração)

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

38 - 1ª | Nome

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e data: 02 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / MUCAJÁ



FICHA DE ATENDIMENTO

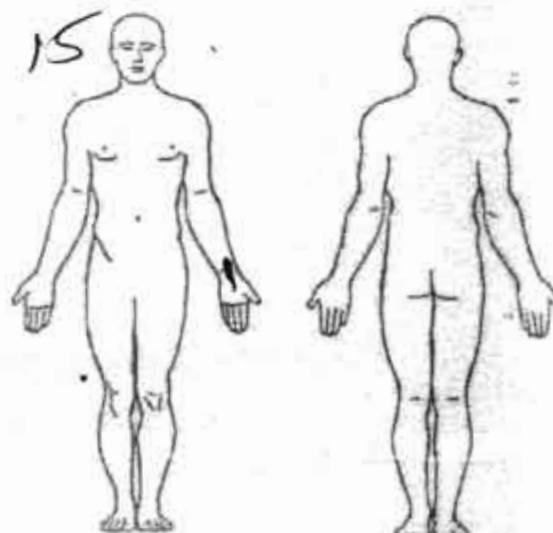
Unidade: Samu Equipe: Marlene +
Paciente: Joanny da Silva Idade: 30 Sexo: F
Endereço: _____

CHAMADA	Nº <u>16845</u>	DATA <u>01/10/19</u>	HORA SAÍDA: _____	
	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO		HORA CHEGADA: _____	
	MOTORISTA: <u>Carlos</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			
	MOTORISTA: <u>Carlo</u>			

PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU" nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	
GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão		MATERIAL E MEDICAÇÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Aberto	Aberto de forma	Resposta		
Avaliação Ocular	Aberto espontaneamente	Aberto espontaneamente	4	10 - 14	4
	Com estímulo verbal	Com estímulo verbal	3	15 - 16	3
	Com estímulo doloroso	Com estímulo doloroso	2	17 - 18	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	19 - 20	1
Avaliação Verbal	Orientado	Orientado	5	0	0
	Confuso	Confuso	4	1	1
	Palavras desconexas	Palavras desconexas	3	2	2
	Som de gemidos	Som de gemidos	2	3	3
Avaliação Motora	Normal	Normal	6	4	4
	Obediente	Obediente	5	5	5
	Extensão a dor	Extensão a dor	4	6	6
	Reflexo anormal	Reflexo anormal	3	7	7
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

COLISÃO MOTO - BICICLETA. PCT APRIL -
SENTA FRATURA FEMORAL EM REGIÃO DISTAL
DO RADIO (C).

Dr. Rafael de Freitas
GERM-RR 2020

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010017363-2

Nr. da Autenticação 0491DD928223969B



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0149342-6

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garças, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.002.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 306/13

Nº da Nota Fiscal: 003923734

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	11/11/2019	141	121,30

MARLEIDE GONÇALVES DA SILVA
AV. MARANHÃO 163 / 2 CENTRO

CPF: 00865955340297
CEP: 69.340-000 - MUCAJÁ

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 1895	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: 8
Anterior: 1754	Anterior: 25/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 28/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 25/10/2019	Número Medidor: TUB1714287
Consumo medido: 141	Apresentação: 25/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 141	ET: 215, 825, 15, 10, 045558	Modalidade: COMERCIONAL

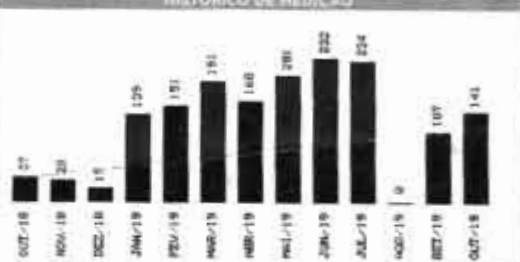
CONSUMO	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
141 A R\$ 0,764602 = 107,80	13,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 141 - R\$ 0,634520

Média 12 meses: 122

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Des/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007819120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO R059, 1381 - 1697 - 1505 - 0468 - 0076 - 0148 - 0386

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 58,73	Encargos: 3,05	Base de Cálculo: 107,80	ICMS: 17,00%
Tributos: 27,70	Tributos: 18,32		PIS: 0,000000%
Transmissão: 0,00			COFINS: 0,000000%

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DE	RE	DE	RE	DE	RE	DE
	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual
Contas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recebíveis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Devedores	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Período de suspensão: 03-2019

R\$ 215,825,15,10,045558

RORAIMA ENERGIA		SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA		0149342-6	121,30
Av. Capitão Ené Garças, 891 - Centro - Boa Vista - RR		MÊS FATURADO	VENCIMENTO
CNPJ: 02.341.470/0001-44		10/2019	11/11/2019
Ins. Estadual: 24.002.022-3		Nº da Nota Fiscal: 003923734	

83670000001 8 21300075000 9 00000000149 5 34261019008 0





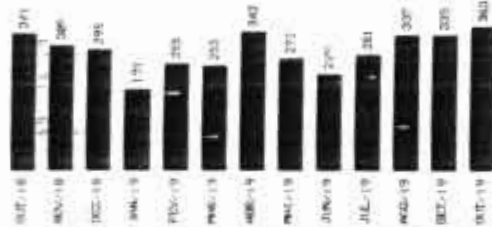
A Tercia Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CEP: 65.381-850 - Rua Vista

DISTRIBUICAO DA CONTA		
CONSUMO	363 A R\$	0,764602 = 277,55
ILUMINACAO PUBLICA		25,28

OUTUBRO 2008 - 100 ANOS DE MEDICINA

24R1FA SEM TRIBUTOB1
0.4 263 - 0.634620



Keywords: *workplace spirituality, organizational commitment, organizational trust, organizational identification, organizational citizenship behaviors*



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora e situação do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019
08/2019	265,64	am. função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderia ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha afetado o pagamento favor desobrigar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

RESERVADO AO FISCO 4134 1402 5434 741 8079 6302 CD40 4502

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Plano de Saúde:	71,31	Tributação:	47,18
Transmissão:	0,00		
		Base de Cálculo:	277,55
		ICMS:	17,00%
		PIS:	0,000000%
		COFINS:	0,000000%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DARC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	8,43			1,00			0,00	
Conjunta				Período de apuração:			06/2014	EUSJ: 118,56

W: 62,000-62,11,60000



WOMINA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Carmo - Boa Vista - RR
(161) 62 341.470/0001-441 Insc. Estadual 24.007.022-2

10/2019

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



HEA: 00718
LAL Files: 20034
ST: 056C: 2y 11 5011

Q: 0/2625=0
NAME:
KEYS: 1 000

DT, LEFT: 79-18-2019
TOTAL: 302.03
(CLOTHES) (30)

ENTER: 00
CARGA: 010
BLAZO: - 0000 1 10000