Operação realizada com sucesso. Protocolo: 273301262020060115085 5

Processo 0812491-62.2020.8.23.0010 - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais | **Informações Adicionais** | **Partes** | **Movimentações** | **Apensamentos (0)**

Vínculos (0)

Realces

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: ____

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7 — 500 por pág. — **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
7	01/06/2020 15:08:55	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO**	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
7.1 Arquivo: Contestação		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2723088CONTESTACAO01.pdf	Público
7.2 Arquivo: Anexo 2		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2723088CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
7.3 Arquivo: kit lider		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
6	18/05/2020 16:13:40	**CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE**	Rodrigo Bezerra Delgado **Magistrado**
5	18/05/2020 15:25:34	**CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL**	SISTEMA CNJ
4	18/05/2020 15:25:34	**RECEBIDOS OS AUTOS**	SISTEMA CNJ
3	18/05/2020 15:25:34	**REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR** Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	18/05/2020 15:25:34	**DISTRIBUÍDO POR SORTEIO** 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
1	18/05/2020 15:25:33	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL**	Thiago Amorim Dos Santos **Advogado**

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08124916220208230010

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 **DERISON DOS ANJOS CABRAL** , em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **06/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **06/07/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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[1], 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[2].

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[3].

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

---

[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)

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

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[4].

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[5].

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.

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.

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.

---

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

[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."

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 pátrios[6], 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 citação[7].

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[8]

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."

[8] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa 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 expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI**,** inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 22 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 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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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 **DERISON DOS ANJOS CABRAL** , em curso perante **a 3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08124916220208230010.

Rio de Janeiro, 22 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

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161199374

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00266790160		2018

NOME: FRTOS ALIANCA E COMERCIO LTDA ME

RR

CPF / CNPJ	PLACA
12.513.026/0001-12	NUJ3980

PLACA ANT / UF	CHASSI
	9C2JC4110AR726188

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLET/NAO APOLO.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS	2018	2018

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/012ACC/	PARTICU	AZUL

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
PAGO	*PAGO*	1ª ********
		2ª ********
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3ª ********
** PAGO COTA UNICA **		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			21/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCID *

LOCAL: BOA VISTA - RR

DATA: 21/11/2018

Ministério Reserva Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161199374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

12.51

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	21/11/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	12.513.026/0001-12	NUJ3980

RENAVAM	MARCA / MODELO
00266790160	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2018		9C2JC4110AR726188

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$81.29	R$9.03	R$90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A PAGAR PELO SEGURADO (R$)
R$4.15	R$0.7	R$185.5

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA / PARCELADO	21/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

14 OUT. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592333 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592333 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Dérison dos Anjos Cabral
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	238002
ENDEREÇO:	R: das mil Flores 225 Pricumé

OUTORGADO

NOME:	Eloi Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	R: Antonio P. Galvão 1032

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: 06 / 07 / 2019, cobertura Invalidez, vitima: Dérison dos Anjos Cabral.

Boa Vista 06-09-19

LOCAL E DATA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Dérison dos Anjos Cabral.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

14 OUT. 2019

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião Registrador
Av. Atalão Teixeira, 4307 - Aso Atalão Teixeira
Fone: (95) 362...
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

140430:5d72b84cd7cas
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
*1-DERISON DOS ANJOS CABRAL

Em testemunho da verdade. DBA
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 06 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselorr.com.br
RECFIR158296BL6IBNTYWY70KQ10 /

Charlotte Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364443/19

Número do Sinistro: 3190592333

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Data do acidente: 06/07/2019

CPF: 898.432.662-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DERISON DOS ANJOS CABRAL : 898.432.662-34

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/02/2020	Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: DERISON DOS ANJOS CABRAL	Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 898.432.662-34	CPF: 432.858.722-68
DERISON DOS ANJOS CABRAL	ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364443/19

Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Data do acidente: 06/07/2019

CPF: 898.432.662-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DERISON DOS ANJOS CABRAL

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DERISON DOS ANJOS CABRAL : 898.432.662-34

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/10/2019	Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: DERISON DOS ANJOS CABRAL	Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 898.432.662-34	CPF: 413.653.806-53
DERISON DOS ANJOS CABRAL	MANOEL COELHO NETO

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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592333 **Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL**

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DERISON DOS ANJOS CABRAL

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00035/00036 - carta_03 - INVALIDEZ
00330018

Carta nº 15008621

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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592333 **Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL**

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DERISON DOS ANJOS CABRAL

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

Pag. 01273/01274 - carta_01 - INVALIDEZ

00160637

Carta nº 15010545

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

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592333 **Vítima: DERISON DOS ANJOS CABRAL**

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DERISON DOS ANJOS CABRAL

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
A documentação médica anexada, datada de 06/07/2019, emitida pelo Dr. ARNALDO J, CRM nº 1554 - RR, da Instituição H. GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01305/01306 - carta_31 - INVALIDEZ
00070653

Carta nº 15549885

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 898.432.662-34 | Nome completo da vítima: Dérison dos Anjos Cabral

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: Dérison dos Anjos Cabral | CPF: 898.432.662-34

Profissão: Autonomo | Endereço: Rua das mil Flores | Número: 225 | Complemento:

Bairro: Pricumã | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | CEP: 69 309-560

E-mail: Jlosvor@hotmail.com | Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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, 06/10/2019
Nome: Dérison dos Anjos Cabral
CPF: 898.432.662-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Dérison dos Anjos Cabral
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.

FPS.001 V001/2018

14 OUT. 2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 898.432.662-34
4 - Nome completo da vítima: Deivison dos Anjos Cabral

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Deivison dos Anjos Cabral
6 - CPF: 898.432.662-34
7 - Profissão: Autonomo
8 - Endereço: Rua: dos mil pecas
9 - Número: 225
10 - Complemento:
11 - Bairro: Pricumã
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP:
15 - E-mail: sloirr@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): (95) 99154-1282

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 8526 (Informar o dígito se existir) CONTA: 28239 - 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

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 07/11/2019

Deivison dos Anjos Cabral
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DA CAPITAL
2º DISTRITO POLICIAL
TELEFONE: (95) 4009-4450 (PLANTÃO)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2174/19 Registrado às 14 H 50. Min.

Boa Vista-RR, 06 de Julho de 2019

Senhor Delegado, ERIC SILVA PEREIRA

COMUNICANTE: **ROP PM 811006 SERIE J** RG: SSP

CPF: PROFISSÃO: IDADE

ENDEREÇO: BAIRRO:

CIDADE: NACIONALIDADE: SEXO:

NATURAL: UF

DATA DE NASCIMENTO: / / GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESTADO CIVIL: TEL.TRAB: CEL:

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

Vem a presença de Vossa Senhoria para informar que às Hs. do dia 06 De JULHO de 2019 no bairro **PRICUMÃ** Ocorreu o Seguinte fato:

RELATO/ HISTÓRICO

Que foi recebido o ROP PM **811006** SERIE J, e este relata o atendimento de Ocorrência de Acidente de Trânsito com danos materiais e vitima no local. Sendo então informados pelo senhor DERISON DOS ANJOS CABRAL que conduzia o veículo MOTO HONDA/CG 125 FAN KS NA COR AZUL DE PLACA NUJ 3980 pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Via das Flores quando ao se aproximar do cruzamento da Rua: Mestre Albano colidiu com a senhora OLIVIA COELHO PIMENTEL que conduzia seu veiculo HONDA CITY DE COR VERDE DE PLACA NOV 9059 este que ao fazer a conversão para a esquerda pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Gal Ataíde Teive foi colidido pelo condutor da motocicleta, causando o acidente. Informo que a perícia não foi acionada, devido violação do local e que o condutor da motocicleta foi socorrido pela equipe do SAMU e conduzido ao PSE com aparentes escoriações, o veiculo do senhor DERISON foi entregue ao respectivo habilitado RODRIGO LOPES DOS SANTOS CNH 06707093552 e o veículo da senhora OLIVIA, que se encontrava no local foi entregue a mesma. Histórico do fato conforme ROP PM em anexo.

KATIUSCIA LIMA
Agente de Polícia

ROP PM 811006 SERIE J
Comunicante

DESPACHO	DESPACHO	DESPACHO
Delegado	Delegado	Delegado

14 OUT. 2019

Encaminhe-se à DIT
BV 08/07/19

PMRR –CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 811006

Vtr.	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir
Ciptur 03	CIPTUR	06/07/19	LESTE	13h45min	13h45min	13H55min	14h50min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin
1001	13999/14999	-X-X-X-X-X-X-	138.030	138.037

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av./Rua: Rua: Mestre Albano/ Rua: José Pinheiro Bairro: Pricumã Refe.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 Condutor Nome: Derison dos Anjos Cabral Idade: 20 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua: Das 1000 Flores, 225, Pricumã
Edt. R.G 238002 SSP/RR CNH 06873018604 Profissão: Entregador

2 Condutora Nome: Olivia Coelho Pimentel Idade: 37 E. Civil: Casada
Endereço: Rua: Mestre Albano, 122-2, Liberdade
Edt. R.G 195298 SSP/RR CNH 03870732201 Profissão: Funcionaria Pública

3 Nome: Idade: E. Civil:
Endereço:
Edt. R.G CNH Profissão:

4 Nome: Idade: E. Civil:
Endereço:
Edt. R.G CNH Profissão: Estudante

AVARIAS

Avarias relacionadas

ITEM (01) MOTO HONDA/CG 125 FAN KS NA COR AZUL PLACA NUJ 3980 (frente destruida); ITEM (02) HONDA CITY DE COR VERDE PLACA NOV 9059 (porta lateral trazeira direita amassado, para-choque trazeiro amassado, para-lama trazeiro direito amassado, tampa do porta mala amassado e lanterna trazeira direita quebrada).

ASSINATUA [signature] CARGO APC LOCAL 2º DP

HISTORICO

Senhor Delegado do 2º DP, informo que fomos acionados via Ciops para atendimento de Ocorrência de Acidente de Trânsito com danos materiais e vitima no local acima citado. No local fomos informados pelo Item 01 que conduzia o veículo MOTO HONDA/CG 125 FAN KS NA COR AZUL DE PLACA NUJ 3980 pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Via das Flores quando ao se aproximar do cruzamento da Rua: Mestre Albano colidiu com Item 02 que conduzia seu veiculo HONDA CITY DE COR VERDE DE PLACA NOV 9059 pela Rua: José Pinheiro sentido Av. Gal Ataide Teive que ao fazer a conversão para a esquerda foi colidido pelo Item 01 causando o acidente. Informo que a perícia não foi acionada devido violação do local e que o Item 01 foi socorrido pela equipe do SAMU e conduzido ao PSE com aparentes escoriações, o veiculo do Item 01 foi entregue ao respectivo habilitado RODRIGO LOPES DOS SANTOS CNH 06707093552 e o veículo do Item 02 encontrava-se foi entregue ao respectivo proprietário.

Era o que tinha a relatar.

Edimar de Lima Nascimento	40.641-4	3° SGT/PM	CIPTUR/PMRR
	Nº	Posto/Graduação	SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 17/07/19
[signature]

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

14 OUT. 2019

Seguradora LÍDER

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: 898.432.662-34 | Nome completo da vítima: Dérison dos Anjos Cabral

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Dérison dos Anjos Cabral | CPF: 898.432.662-34

Profissão: Autonomo | Endereço: Rua das mil Flores | Número: 225 | Complemento:

Bairro: Pricumã | Cidade: Boa Vista | Estado: RR | CEP: 69.309-560

E-mail: Jlover@hotmail.com | Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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 BANCARIOS 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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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, 06/10/2019
Nome: Dérison dos Anjos Cabral
CPF: 898.432.662-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Dérison dos Anjos Cabral
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:
1º | Nome:
CPF:
Assinatura

2º | Nome:
CPF:
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 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.

FPS.001 V001/2018

14 OUT. 2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0015301-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Nº da Nota Fiscal
003137600

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JUNHO/2019	10/07/2019	805	688,23

IVANILDE CABRAL DA SILVA
R. DAS MIL FLORES 225 PRICUMA
CPF: 00004273060272
CEP: 69.309-560 - BOA VISTA

ROT: 2.001.08.12.048000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	60501	
Anterior:	59696	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	805	
Consumo Faturado:	805	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	22/06/2019
Anterior:	24/05/2019
Próxima Leitura:	22/07/2019
Emissão:	19/06/2019
Apresentação:	22/06/2019

NORMAL 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2834105	M 1606522	1.1.1.2	911

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
MAI/19	877
ABR/19	1211
MAR/19	1010
FEV/19	871
JAN/19	978
DEZ/18	809
NOV/18	1077
OUT/18	1093
SET/18	775
AGO/18	792

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 805 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 805 A R$ 0,773664 =	622,79
CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00	0,14
CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00	7,39
MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00	0,96
JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00	0,20
MULTA POR ATRASO 04/19-00	19,15
JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00	6,06
ILUMINACAO PUBLICA =	31,54

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
05/2019	703,18

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/07/2019. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 12A4.55A5.749C.C245.D4E4.4B38.6795.ED27

COMPOSIÇÃO DA CONTA – R$

Distribuição:	158,12
Energia:	335,34
Transmissão:	0,00
Encargos:	17,42
Tributos:	111,91

IMPOSTOS/TRIBUTOS – R$

Base de Cálculo:	622,79
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	105,87
Valor do PIS:	1,06
Valor do COFINS:	4,98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
	0,00			0,00			0,00

FLORESTA 04/2019 397,32

ROT: 2.001.08.12.048000

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0015301-0	688,23
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
06/2019	10/07/2019

Nº da Nota Fiscal: 003137600 FCAM

83600000006 4 88230075000 8 00000000015 8 30100619008 8

14 OUT. 2019

SEQ.: 00144 UC: 0015301-0 DT.LEIT.: 22/06/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 60501 NORMAL TOTAL: 688,23 CARGA: 021
DT.VENC.: 10/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0108915-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003319917

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA

	kWh	kVArh
Atual	27732	
Anterior	27536	
Constante de Multiplicação	1,000	
Consumo Medido	196	
Consumo Faturado	196	FCAH

NORMAL

DATAS DA LEITURA

Atual	25/07/2019
Anterior	24/06/2019
Próxima Leitura	25/08/2019
Emissão	24/07/2019
Apresentação	25/07/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA 31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
JUN/19	158
MAI/19	100
ABR/19	178
MAR/19	263
FEV/19	237
JAN/19	231
DEZ/18	209
NOV/18	370
OUT/18	345
SET/18	246

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 196 - 0,634602

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 196 A R$ 0,764602 =	149,86	
ILUMINACAO PUBLICA		42,55

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano	Valor R$
06/2019	164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/08/2019, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e ja reavisada(s) no valor de R$ 212,94 (valor historico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição	38,51
Energia	81,64
Transmissão	0,00
Encargos	4,24
Tributos	25,47

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo	149,86
Alíquota ICMS	17,00%
Valor do ICMS	25,47
Valor do PIS	0,00
Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55
FLORESTA 05/2019 32,81
ROT: 5.001.12.04.021718

14 OUT. 2019

RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0108915-3	192,41
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
07/2019	11/08/2019

Nº da Nota Fiscal: 003319917 FCAH

83680000001 7 92410075000 0 000000000108 1 91530719008 1

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[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 Ilor Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 - 04, na qualidade de Procurador (a) /Intermediário (a) do Beneficiário Derison dos Anjos Cabral inscrito (a) no CPF sob o Nº 898.432.662/34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Derison dos Anjos Cabral

inscrito (a) no CPF sob o Nº 898.432.662 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☑ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: Rua: Antonio Pinheiro Galvão		Número: 1832	Complemento:
Bairro: Buritis	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.309.209
E-mail: Ilorrr@hotmail.com			Tel.(DDD): (95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista-RR, 11 de outubro de 2019.

Assinatura do Declarante

DRL.001 V001/2017

14 OUT. 2019

PREFEITURA BOA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU BV

N° 1252

UNIDADE: BRAVO I EQUIPE: Tec. Helinaldo Barros / Condutor Barros

SAMU 192

Paciente: DERISON DOS ANJOS CABRAL Idade: 20 Sexo: M

Nacionalidade: BRASILEIRO Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: R. JOSE PINHEIRO Bairro LIBERDADE

Nº 11.314 DATA 02/07/19 HORA J/9: 13:39 BASE ( ) VIA ( ) ( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): CIRO HORA J/10: 13:47 ( ) CELULAR

MOTIVO INICIAL: MOTO X CARRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

[X] Acidente de trânsito
[ ] Agressão física / espancamento
[ ] Agressão física – FAF
[ ] Agressão física – FAB
[ ] Urgência psiquiátrica
[ ] Tentativa de suicídio
[ ] Envenenamento
[ ] Afogamento
[ ] Queimadura
[ ] Choque elétrico
[ ] Queda
[ ] Urgência clínica
[ ] Urgência obstétrica
[ ] Transferência
[ ] Exame complementar
[ ] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
[ ] Pedestre	[ ] A pé	[X] Automóvel	[ ] Capacete
[X] Condutor	[ ] Automóvel	[ ] Motocicleta	[ ] Cinto de segurança
[ ] Passageiro	[X] Motocicleta	[ ] Ônibus	[ ] Airbag
[ ] Ignorado	[ ] Bicicleta	[ ] Micro-ônibus	[ ] Assento para criança
	[ ] Ônibus	[ ] Bicicleta	
	[ ] Micro-ônibus	[ ] Animal	
	[ ] Outro	[ ] Outro	

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
[ ] Livre	[ ] Apnéia	[ ] Bradicardico [ ] Taquicardico	[ ] Miose
[ ] Obstrução Parcial	[ ] Dispnéia	[ ] Enchimento capilar acima de 2"	[ ] Midríase
[ ] Obstrução Total	[ ] Bradpnéia	[ ] Pulso radial ausente	[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
[ ] Corpo estranho	[ ] Taquipnéia	[ ] Pulso central ausente	[ ] Aparentemente Alcoolizado
[ ] Outro: _____		[ ] Cianose central [ ] Extremidade	[ ] Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

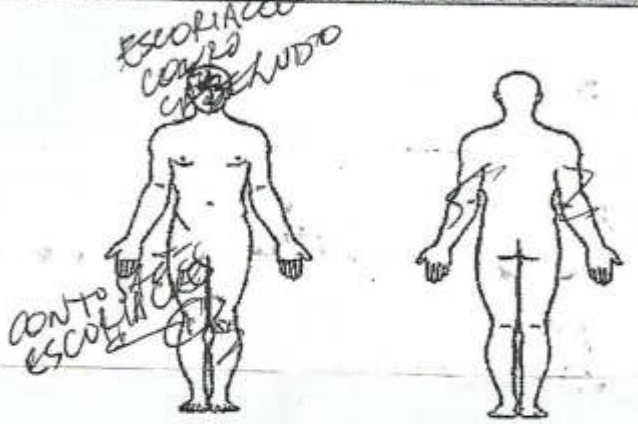
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 4:00	120x80	80	20	100	/	/	/	/
Fim 4:20	120x80	98	20	100				

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

1 – Dor
2 – Hematoma
3 – Contusão
4 – Escoriação
5 – Laceração
6 – Luxação
7 – Fratura fechada
8 – Fratura exposta
9 – Amputação
10 – Evisceração
11 – Afundamento de crânio
12 – Ferimento penetrante
13 – Tórax instável
14 – Enfisema subcutâneo
15 – Ferida aspirativa
16 – Empalamento
17 - Outros



ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea
3 – Ao comando
2 – À dor
1 – Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

5 – Orientado
4 – Confuso
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece a comandos
5 – Localiza a dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal
1 – Sem resposta

15

AVALIAÇÃO CARDÍACA

[ ] Ritmo Sinusal [ ] FV
[ ] Taquicardia Sinusal [ ] TV
[ ] Flutter Atrial [ ] AESP
[ ] Fibrilação atrial [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

[ ] Neurológica [ ] Metabólica
[ ] Respiratória [ ] Infecciosa
[ ] Cardiovascular [ ]
[ ] Digestiva

HISTÓRIA PEGRESSA

[ ] Diabetes [ ] Alergias
[ ] Cardiopatia [ ] Outros
[ ] HAS
[ ] Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA: [ ] Ileso [ ] Pequena [ ] Média [ ] Severa [ ] óbito

14 OUT. 2019

Dr. Arnaldo J. H. Perez CRM 554/RR RQE: 119 Cirurgia Geral

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 02/08/19

[ ] Cancelamento
[ ] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização

[ ] Polícia Militar [ ] Bombeiro

PERTENCE DO PACIENTE	
	Função do R[illegible]
	Assinatura/[illegible]ceptor:

TERMO DE RECUSA	
	Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ **RG:** _____
	TESTEMUNHA 02: _____ **RG:** _____

GESTANTE		
Idade Gestacional:	[ ] Movimentos fetais presentes	[ ] Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	[ ] Contrações entre 3-5 min.	[ ] Com cartão da gestante
BCF:	[ ] Contrações com duração > 30s	[ ] Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
[ ] Aspiração	[ ] Máscara laríngea	[ ] Monitorização cardíaca	[ ] Imobilização de fraturas
[ ] Cânula de Guegel	[ ] Guia de introdução Bougie	[X] Colar cervical	[X] Curativos
[ ] Cateter nasal: ___ L/min	[ ] Cricotireostomia cirúrgica	[ ] Headblock	[ ] Parto vaginal
[ ] Máscara facial: ___ L/min	[X] Oximetria	[X] Prancha longa	[ ] Cesárea de emergência
[ ] Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	[ ] Dreno de tórax	[ ] Tirantes	[X] Imobilização de luxação
[ ] Intubação orotraqueal	[ ] Descompressão torácica	[ ] KED	[ ] Outros: SSVV
[ ] Acesso venoso Gelco nº_____	[ ] Acesso venosso Scalp nº_____	[ ] Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

02 LUVAS M
02 LUVAS VINIL M

02 ATADURA 20 cm.
01 ATADURA 12 cm

14 OUT. 2019

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂSITO, COLISÃO MOTOX CARRO. ENCONTRADO AO SOLO EM VIA PÚBLICA. RELATA QUE O PACIENTE VOOU DA CABEÇA. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM COURO CABELUDO, ESCORIAÇÕES MULTIPLAS EM MMSS/MMII, EDEMA MODERADO EM REGIÃO PATELAR (D). RTW AO MR. DR. CIRO QUE ORIENTOU LEVA-LO AO CET.

PROCEDIMENTO:

1. AVAL. PRIM/SEC.
2. IMOBILIZAÇÃO
3. SSVV
4. RTW
5. AO CET

MR. DR. CIRO

CONFERE COM ORIGINAL
Em 02/08/19
Stephanie
Rubim

José Helinaldo C. Costa
COREN-RR 418.563 - TE

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

1ª Classificação | Reclassificação ___:___ (___) Vermelho (___) Laranja (___) Amarelo (___) Verde (___) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ (___) Vermelho (___) Laranja (___) Amarelo (___) Verde (___) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ (___) Vermelho (___) Laranja (___) Amarelo (___) Verde (___) Azul Ass.:

1901132197 06/07/2019 14:16:39 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 17

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DERISON DOS ANJOS CABRAL	24/12/1998	20 A 6 M 13 D	702505345983336	89843266234	

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	238002	SSPRR	05/08/2015	M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA

Mãe	Pai	Contato
SUELI COSTA DOS ANJOS	DEMILDO CABRAL DA SILVA	(95) 99131-7688

Endereço: RUA - DAS MIL FLORES - 225 - PRICUMA - 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 MOTO | Caráter do Atendimento: URGÊNCIA | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão

Setor: GRANDE TRAUMA | Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL | Procedimento Sol. | Registrado por: KAREN.GARCIA

Queixa Principal (___) Síndrome Febril (___) Sintomático Respiratório (___) Suspeita de Dengue

Acidento Automobilístico

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 (4) RV: 1 2 3 4 (5) MRV: 1 2 3 4 5 (6) TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14 : 30 h)

Paciente deu entrada no GT após colisão carro x moto. De baixa energia cinética.

Exame Físico

BEG, LOTE, Eupírico, Corado; Apresenta múltiplas escoriações em MMII, e couro cabeludo, MMSS.

Hipótese Diagnóstica

Colisão carro x moto.

14 OUT. 2019

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Raio X de joelho		
(2) Dipirona 2g (EV)		
(3) Tenoxicam 20mg (EV)		
(4) Cefalotina 1g (EV)		
À ortopedia		

Dr. Arnaldo J. H. Perez
CRM/1554/RR / ROE: 176
Cirurgia Geral

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**

Ortopedia: Trauma contuso no joelho (D) + escoriações. Devido acidente de transito com motocicleta (SIC).
Bom ativa: sem alterações de flexo-extensão
Rx: sem fratura ou luxação.
CD: Alta com receita/orientações

Impresso por: karen.garcia
Data Hora: 06/07/2019 14:17:33

1901132197

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GOILIO CRUZ

Dérison dos Anjos Cabral

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 238002

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/08/2015

NOME
DÉRISON DOS ANJOS CABRAL

FILIAÇÃO
DEMILDO CABRAL DA SILVA
SUELI COSTA DOS ANJOS

NATURALIDADE
CARACARAÍ - RR

DATA DE NASCIMENTO
24/12/1998

DOC ORIGEM
CERTD NASC 23919 FLS 254-F LIV A-40
2 OF BOA VISTA-RR

CPF
898.432.662-34

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IIDC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

14 OUT. 2019

14 OUT. 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.51[illegible]-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
01.019.2304

VALIDADE
28/0[illegible]/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

17 SET. 2019

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KURITSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR/RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096