

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: 2758736820200626094039

Processo 0815207-62.2020.8.23.0010 ☆ - (12 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)

Resizes

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	11	26/06/2020 09:40:39 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>11.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2729317CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>11.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2729317CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
	10	26/06/2020 00:02:26 LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de CLEDSON LIMA CAVALCANTE) em 25/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/06/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	9	15/06/2020 14:32:20 JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO	CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA Analista Judiciário
	8	15/06/2020 14:30:39 EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de CLEDSON LIMA CAVALCANTE com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/06/2020)	CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA Analista Judiciário
	7	15/06/2020 14:30:01 HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 23/09/2020 (100 dias)	CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA Analista Judiciário
<input type="checkbox"/>	6	15/06/2020 08:01:51 CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
	5	13/06/2020 13:58:34 CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
	4	13/06/2020 13:58:33 RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
	3	13/06/2020 13:58:33 REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	13/06/2020 13:58:33 DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	13/06/2020 13:58:33 JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

PROCESSO: 08152076220208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **CLEDSON LIMA CAVALCANTE**, 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 **03/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **03/01/2020**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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)

Seguro DPVAT

Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

Seleção das opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício: 2019 UF: RR Final da Placa: 5 Categoria (da tabela): 9 Pagamento: À vista Consultar

Categoria: 9

Final da Placa	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
5	31/07/2019	NÃO	31/07/2019	28/06/2019

RR: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2019

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

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 geral⁴.

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 vítima⁵.

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:

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.”

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 FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁶.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁷.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

⁶“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁷“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**” (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

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 citação⁸.

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 ação⁹

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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.

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

⁹**art. 1º. (...)**

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

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, 24 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais 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 **CLEDSON LIMA CAVALCANTE**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08152076220208230010.

Rio de Janeiro, 24 de junho 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

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: 09689-822-64 3 - CPF da vítima: 019.689.822-64 4 - Nome completo da vítima: Eledson Lima Cavalcante

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

5 - Nome completo: Eledson Lima Cavalcante 6 - CPF: 019.689.822-64
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Lúcio, Bloco G1 9 - Número: 203 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-518
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3865

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: 3027 CONTA: 00061060 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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 05 de Fevereiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000270/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/01/2020 09:21 Data/Hora Fim: 03/01/2020 09:43
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/11/2019 19:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Felipe Xaude com Avenida dos imigrantes

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEDSON LIMA CAVALCANTE (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Masculino Idade 25
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Iracely Lima Cavalcante Nome do Pai: Francisco de Sousa Cavalcante

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 019.689.822-64
RG - Carteira de Identidade: 3886557

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Leão
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99142-8738 (Celular)

Nº: Bloco G1, Apto.
CEP: 69.317-518

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Cor LARANJA	Marca/Modelo VW SAVEIRO
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 03/01/2020 09:43
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000270/2020

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 019.689.822-64

Renavam 00141699485

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA BIZ 125 ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAZ 3625

Número do Chassi 9C2JC42209R058636

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Cledson Lima Cavalcante

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O senhor acima qualificado, compareceu à esta delegacia para nos comunicar que na data e horário acima mencionados, sofreu um acidente quando conduzia sua motocicleta HONDA BIZ, acima citada, pois o veículo SAVEIRO invadiu a preferencial na qual a vítima estava, batendo no seu veículo e fugiu do local sem lhe prestar socorro; que devido a queda veio a fraturar a perna esquerda, e que depois, foi socorrido pelo SAMU, o qual o conduziu para o Hospital Geral de Roraima. Este é o breve relato dos fatos.

ASSINATURAS

José Maria de Souza Moura

Agente Carcerário
Matrícula 42000193

Responsável pelo Atendimento

Cledson Lima Cavalcante

(Comunicante / Vítima / Condutor)

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

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: 019.689.822-64 3 - CPF da vítima: 019.689.822-64 4 - Nome completo da vítima: Eledson Lima Cavalcante

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

5 - Nome completo: Eledson Lima Cavalcante 6 - CPF: 019.689.822-64
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Lúcio, Bloco G1, 9 - Número: 203 10 - Complemento:
11 - Bairro: cidade satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-518
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913-3865

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: 3027 CONTA: 00061060 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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 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)

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 05 de Fevereiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 5100-19
Nº DE VÍTIMAS: 01
OCORRÊNCIA: T-04
DATA: 03/11/19

OBM DE ATUAÇÃO

☒ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL
☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA

ÁREA DE ATUAÇÃO

☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro
☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural

VTR

UR 01-18

KMI

34730

KMF

34744

H/SAÍDA

19:46

H/NO LOCAL

-

SAÍDA DO LOCAL

20:09

NO DESTINO

-

H/NA OBM OU B-01

20:52

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADO:

ENDEREÇO: AV. IMIGRANTES

CIDADE: BOA VISTA

Nº 8/N

BAIRRO: ASA BRANCA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: OLEDSOM LIMA CAVALCANTE

RG/CPF: 019.689.822-6A

D.N.: 26/06/19A

IDADE: 25A

SEXO:

☒ Masculino ☐ Feminino

PNE: ☐ Sim ☒ Não

ENDEREÇO: R. LEÃO - VILA - BLG 1 APT 203

Nº 8/N

BAIRRO: C SATELITE

CIDADE: BOA VISTA

NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro:

TEL.: 91428738

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ homossexual

☐ Outro:

Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual

☐ Travesti ☐ Outro:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima:

RG Nº

SSP/

Testemunha:

RG Nº:

SSP/

Testemunha:

RG Nº:

SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. Á voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. Á voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado. <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente. <input type="checkbox"/> 2. Agitação. <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros. <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira. <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (decorticação). <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	X Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: - FR: - FC: 98 SpO2: 93% Temperatura: -

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

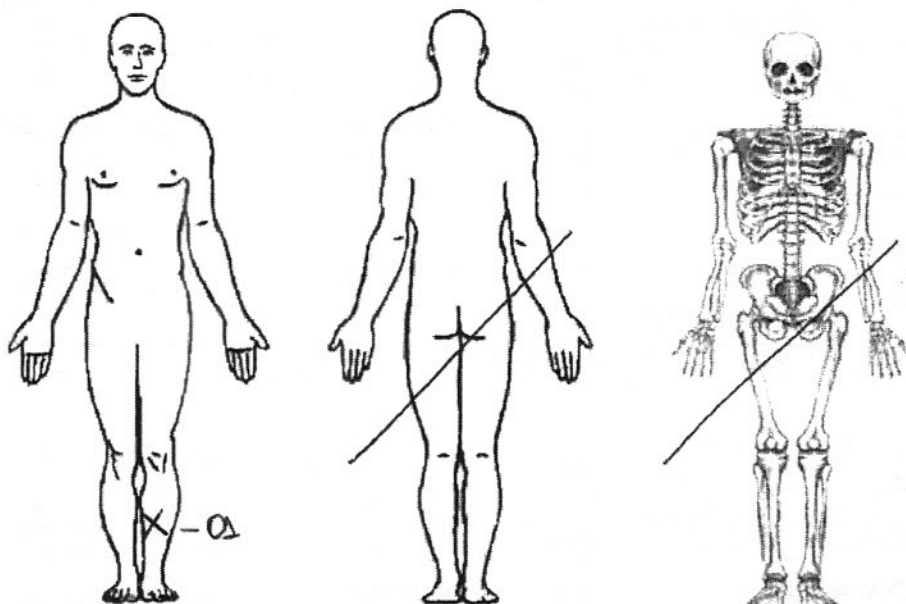
APARENTEMENTE ALCOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

10. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA ENCONTRADA EM D.D.H, L.O.T.E, NEGA EPISÓDIO DE DESMAY E USUÍTO, APRESENTA POSSÍVEL FRATURA CONFORME GRÁFICO, RETIROU O PRÓPRIO CAPACETE. REALIZADA IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO LESIONADO, COLOCAÇÃO DO COLAR CERVICAL, PRATINHAMENTO E REMOÇÃO PARA HOSPITAL. ENTREGUE CONSOLANTE.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

<input type="checkbox"/> Carteira de identidade	<input type="checkbox"/> Cartão magnético ____ Und	<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> CNH	<input type="checkbox"/> Cheque ____ Fls	<input type="checkbox"/> Calçado	
<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ ____	<input type="checkbox"/> Óculos	
<input type="checkbox"/> Título de eleitor	<input type="checkbox"/> Jóias	<input type="checkbox"/> Relógio	

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

<input checked="" type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão	<input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio	<input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas
<input type="checkbox"/> P.A Ailton Rocha	<input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Pronto atendimento Cosme e Silva	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed	

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
ST TAVARES	SD SEVALHO	SD R. SOUZA	SD SEVALHO

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
 Documento de identidade: _____
 Registro de conselho (CRM, COREN): _____



L. Repens de L. Pinheiro
 Clínica Geral
 CRM 227- RR

Matrícula: **1333402**

Setembro/2019

Dados do Cliente:

IRACELY LIMA CAVALCANTE

Endereço para entrega:

RUA LEAO, BLOCO - G-1 AP-203 UNILA - CID
 ADE SATELITE BOA VISTA RR 69317-518

Inscrição

001.031.080.0010.037

Rota 63

Seq.Rota

380

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

10

NUM DE DIAS

0

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201908	10-0
201907	10-0
201906	10-0
201905	10-0
201904	10-0
201903	10-0
MEDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - LDBS Q.A.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDIM.	COR	C.TOTALIS	E.COLI
EXIGIDAS					
ANALISADAS					
CONFORMES					

DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

ESGOTO	10 M3	23,83
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 09/2019	80.0 % DO VALOR DE AGUA	19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		4,77
		0,86

VENCIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

48,52

AVISO: EM 31/08/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZACAO DA VIDA E PREVENCAO AO SUICIDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1333402	09/2019	15/10/2019	48,52

82610000000- 7 48520004001- 5 00133340201- 2 09201990003- 1





CNPJ: 05.932.467/0001-18
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.955.425-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 89.306-810



ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:

RUA OC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP
OS BOA VISTA RR 69317-633

Inscrição

001.033.011.0169.000

Rota
5

Seq.Rota
1189

Quantidade de Economias
RESIDENCIAL 1

Hidrômetro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
POTENCIAL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

10

0

ULTIMOS CONSUMOS

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

VENCIMENTO:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825-396-343-20 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elidson Lima Carralante inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elidson Lima Carralante

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco 992 @ gmail - com</u>	CEP: <u>69318085</u>	Tel.(DDD): <u>9599113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 05 Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825-396-343-20 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elidson Lima Carralante inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elidson Lima Carralante

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.822 / 64, 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: CC 18

Número: 295

Complemento: _____

Bairro: Boa Vista

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69318085

E-mail: W.Franco 992 @ gmail - com

Tel.(DDD): 9599113-3855

Local e Data: Boa Vista RR 05 Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

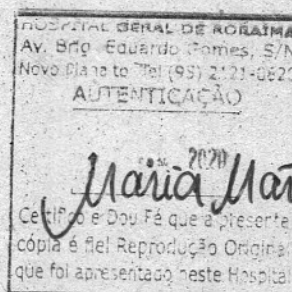


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

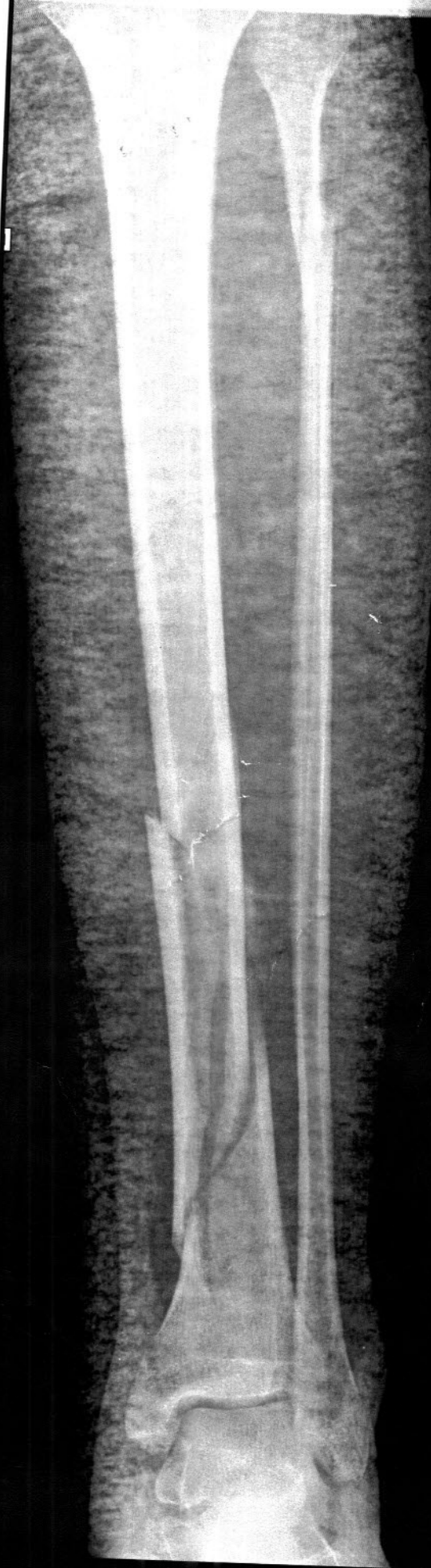
Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta no registro de **CLEDSON LIMA CAVALCANTE**, RG: 3886557 SSP/RR, deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia **03/11/2019**, às **20 horas e 27 min**, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO** e recebendo os cuidados da equipe de plantão, conforme o Registro de Atendimento nº **1901182014**.

Boa Vista-RR 22 de Janeiro de 2020.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto - Cep.: 69360-000
mail: hosphgr@yaiibest.com.br





E



CLEDSON LIMA CAVALCANTE
HOSPITAL CORONEL MOTA

13242

18/11/2019

Marcos

61.7 %

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1553827752

PROIBIDO PLASTIFICAR
1553827752

NOME
CLELSON LIMA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
3886557 SSP RR

CPF
019.689.822-64

DATA NASCIMENTO
26/06/1994

FILIAÇÃO
FRANCISCO DE SOUSA
CAVALCANTE
IRACELY LIMA
CAVALCANTE

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
06747423083

VALIDADE
11/12/2020

1ª HABILITAÇÃO
25/11/2016

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
Clelson Lima Cavalcante

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
07/12/2017

ANTONIO FRANCISCO BEBERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

45684495710
RR209469773

RORAIMA

DETRAN-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Paleontológico do Polícia Civil
Diretor do IGC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR Nº 013746676729
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA- 01 COD. RENAVAM 00141699485 RNTC EXERCÍCIO 2019

NOME
MARIA ELIENE FURTADO

OPF/ENRJ
251.485.673-68

PLACA
NAZ3625

PLACA ANT/UF

CHASSI
9C2JC42209R058636

ESPECIE TIPO
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP/POT/CIL
2P/0124CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC./COTAS

I *PAGO*

PAGO

1ª *****

V FAIXA I PVA

PARCELAMENTO/COTAS

2ª *****

A ** PAGO COTA UNICA **

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

OF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

R\$0.7

R\$185.5

R\$185.5

01/06/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR DA A
MAZ OCIB *

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente

LOCAL DETRAN-RR

DATA

BOA VISTA-RR

06/08/2018

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093564/20

Vítima: CLEDSON LIMA CAVALCANTE

CPF: 019.689.822-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: CLEDSON LIMA
CAVALCANTE

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

CLEDSON LIMA CAVALCANTE : 019.689.822-64

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: 16/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA