

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:
2764930320200702175654

Processo 0815675-26.2020.8.23.0010 - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros	Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor	Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>	Descrição: <input type="text"/>		
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12					
				500 por pág.	1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 12	02/07/2020 17:56:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		12.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2730983CONTESTACAO01.pdf	Público		
		12.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2730983CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público		
		12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf	Público		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES) em 24/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (19/06/2020) e ao evento de expedição seq. 9.	Emerson Arcanjo Pinto Sant'Anna Advogado		
	11	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 22/06/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
	10	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (19/06/2020)	Suami Percílio do Santos Filho Analista Judiciário		
	9	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Suami Percílio do Santos Filho Analista Judiciário		
	8	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 30/09/2020 (100 dias)	Suami Percílio do Santos Filho Analista Judiciário		
	7	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado		
	6	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
	5	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
	4	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ		
	3	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
	2	6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
	1	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Emerson Arcanjo Pinto Sant'Anna Advogado		



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

PROCESSO: 08156752620208230010

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 **MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/08/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 23/08/2018 após 4 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/04/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descharacteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do acidente: 16/04/2018

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 16/04/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010021358-8

Nr. da Autenticação EB0DC298028AABAE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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 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.

⁵Súmula 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.”

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 citação⁶.

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 ação⁷

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

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

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

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

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

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;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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

- 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, 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 GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08156752620208230010.

Rio de Janeiro, 24 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
MACEDO NEVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
(CONFORME LAUDO MÉDICO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190283061

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283061

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190283061

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 09 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190283061**

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 000010021358-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DIAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ASL:

CPF da vítima:

112 509 842-20

Nome completo da vítima:

maria das Dores S. M. Neves

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

Nome completo:

maria das Dores Soares de marcelo Neves
professora

Profissão:

Endereço:

R. Daniel Zamalloa

Bairro:

Lizarda

Cidade:

Bom Jardim

Estado:

22

E-mail:

CPF:

112 509 842-20

Número:

148

Complemento:

CEP:

69.309.012

Tel (DDD):

195199154-6697

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 RECLUSO 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\$2.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA: 21.358

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da condição e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lci 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Impressão digitalizada	Local e Data:	300 Vila, 09/10/2019
Nome:		
CPF:		

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Brancos Simão Freijo

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 encantar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, À SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clareza do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033668/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2018 09:27 Data/Hora Fim: 23/08/2018 09:45
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 23/08/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/04/2018 20:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. bandeirantes

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES (VÍTIMA , COMUNICANTE)
--

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 13/04/1957

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Cantidina Soares de Macedo

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua david ramalho

Nº: 148

Bairro: liberdade

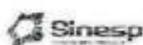
Telefone: (95) 99138-4539 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa NAC2091	Número do Chassi: 91240
Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015	Cor: Prata
UF Veículo: Roraima	Município Veículo: Boa Vista
Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 ES	Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jorge Fernando Rava Piqueiredo
Data de Impressão: 23/08/2018 09:45
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033668/2018

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria das Dores Soares de Macedo Neves	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, aguardava a abertura do sinal de transito do cruzamento de Av. dos bandeirantes com a Rua Manoel Felipe e quando o sinal abriu ao efetuar a manobra para a Rua Manoel Felipe em direção ao bairro Asa Branca uma outra motocicleta que vinha logo atrás colidiu na traseira da motocicleta da comunicante. Tal colisão fez com que a comunicante perdesse o controle e caisse na via. Com a queda a comunicante sofreu diversas escoriações pelo corpo, tendo inclusive lesionado o joelho direito. Apos a colisão o condutor da motocicleta (desconhecida) causadora do acidente, se evadiu do local sem prestar socorro. A polícia militar NÃO COMPARECEU ao local do acidente. A equipe do RESGATE compareceu ao local e encaminhou a vítima ao HGR para as providencias cabíveis. Este B.O é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Agendamento
13/08/2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR
MAPT 42000787

Maria das Dores Soares M
Maria das Dores Soares de Macedo Neves
(Vítima / Comunicante)

"Declaro que o documento que sou assinante responsável pelas informações acima assentadas é cierto que souber responder civil e criminalmente pela presente declaração que o faça, sem prejuízo da responsabilidade criminal e civil que me possa ser imposta de acordo com o Código Penal e o Código de Processo Penal ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DIAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ASL:

CPF da vítima:

112 509 842-20

Nome completo da vítima:

maria das Dores S. M. Neves

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

Nome completo:

maria das Dores Soares de marcelo Neves

CPF:

112 509 842-20

Profissão:

professora

Endereço:

R. Daniel Zamalloa

Número:

148

Complemento:

Bairro:

Lizendade

Cidade:

Bom Jardim

Estado:

22

E-mail:

CEP:

69.309.012

Tel (DDD):

195199154-6697

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

 RECLUSO 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\$2.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA: 21.358

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou: companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou: nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou: pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Impressão
capital-s
script-s
script-c
script-e
script-o
script-u
script-i

Local e Data: 2020/09/104/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Brancos Simão Freijo

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 encantar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, À SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clareza do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



Nº da ocorrência: 1599-18

REGISTRO N°:	0023723
OCORRÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO
CÓDIGO:	T-05
REG. DE REFERÊNCIA:	_____

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
16/10/18	R-02-15	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		22h48min	20h50min	21h06min	21h11min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO:	Av. Mamed Felipe	Nº 5 IN	BAIRRO:	Buritis
CIDADE:	Boa Vista	PONTO DE REFERÊNCIA:	Sup Brg Bon	
LOCAL DA OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:			

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME:	maria das Dores Soares de Moraes Neves	R.G.:	40996-SSPRR
D.N.:	18/04/57	IDADE:	61
SEXO:	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	NECESSIDADES ESPECIAIS:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ENDEREÇO:	R David Rama Iho	N 148	BAIRRO: Liberdade

CIDADE: Boa Vista Telefone: 99133-8835

3. TERMO DE RECUSADA DE ATENDIMENTO

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o 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 N°: _____ SSP/ _____

Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/ _____

Testemunha: _____ RG N°: _____ 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 checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage a dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticção)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<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"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente	<input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticção)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	
			Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: — FR: — FC: — SpO2: — Temperatura: _____

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: NÃO SIM - QUAL (is): _____

USO DE MEDICAMENTOS: NÃO SIM - QUAIS: _____

8. CASOS CLÍNICOS

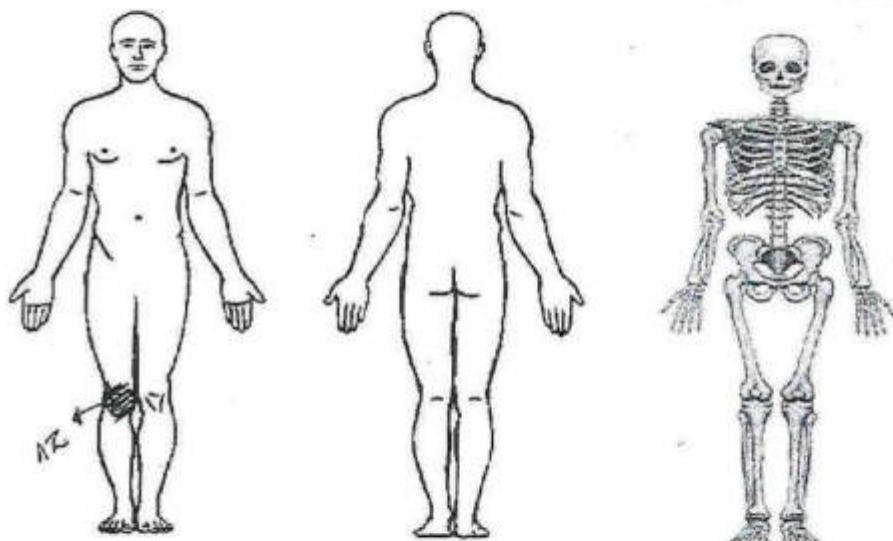
<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Choque anafilático	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Crise hipertensiva	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto	<input type="checkbox"/> Crise convulsiva	<input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar
<input type="checkbox"/> Emerg. respiratória	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações	<input type="checkbox"/> Desmaio/síncope	<input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros	<input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> _____



9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com electricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: |

10. 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



11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima de acidente de moto, apresentava-se com DDM, h.º e sem capacete, que não havia usado com a vítima, foi retirado por terceiros. Apresentava escoriações na perna D, e unhas vitais. Foi conduzida ao P.S Francisco Elesbão para avaliação médica. Entregue atestado.

12. 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 | Fis | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | RS | <input type="checkbox"/> Óculos | |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | | <input type="checkbox"/> Relógio | |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio | |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Crítico | <input type="checkbox"/> Instável | <input checked="" type="checkbox"/> Estável |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista (s):	Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
Soft Tavares	Sd Bremma Xavier	Sd Bremma	Sd Bremma Xavier

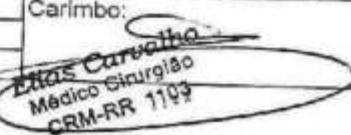
16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro do Conselho (CRM, COREN):

Carimbo:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010021358-8

Nr. da Autenticação EB0DC298028AABAE



Eletrobras
Distribuição Roraima

SEU CÓDIGO

2019655-0

Para contato com a
Distribuição, informe
esse número

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Fino, 5000, CEP 68300-000 - Centro - São Vito - RR
CNPJ: 02.045.479/0001-41 - insc. Licitação: 21.001.022-3
www.eletrobras.com.br/rr/contato/contato.html - 096-61-33273
Regime especial de tributação autorizado pelo SIS/ME/2012/001

Nº da Nota Fiscal: 4902541125

Nota Fiscal da Eletrobras - TCEP Município
pelo Lote 10.130 do 26 de outubro de 2012

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	11/04/2019	545	454,24

MARIA DAS DORES SOARES DE SÁCÉO HEVES
R. DAVTO RAMALHO 148 LIBERDADE
CPF: 00011250984770
CEP: 69.309-012 - BOM VISTO

RUT: 5.001.12.07.022/002

DATA DA LEITURA	KWH	EVA+	DATAS DA LEITURA
	49120		25/03/2019
MAR	43565		Atuaç:
Ano anterior	1.000		Anterior:
Consumo de Multilíngue	545		Próxima Leitura:
Consumo Médio	545	ECAF:	22/03/2019
Consumo Fim de mês			Ensaio:
			25/03/2019
			Avulsão:
			31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Situacão:	
RESIDENCIAL	
Endereço:	2.000,00
Numero:	1525183
Estado:	1.1.1.2
Média 12 meses:	862
HISTÓRICO KWH	LOTEAÇÃO DA CONTA
MENSAL MÍNIMO	100% A R\$ 0,774200 = 421,95
FEV/19 458	97,26
JAN/19 294	
DEZ/18 577	
NOV/18 429	
OUT/18 615	
SET/18 565	
AGO/18 651	
JUL/18 578	
JUN/18 538	
MAR/18 525	
JUL/18 578	
JUN/18 538	
MAR/18 525	

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO
Lembrete: 02/04/2019 é a data de vencimento da fatura de fevereiro. Até o dia 22/03/2019, não constarão faturas vencidas no sistema de cobrança. Por isso, se você receber uma fatura de fevereiro, entre em contato com a Eletrobras. Tente o atendimento online ou ligue para o número 0319-175.

INSCRIÇÃO AO FISCO: CE76.1987.0501.113E.2005.3896.773A.0000

COMPONENTE DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Consumo: 187,00	421,95
Despesa: 227,85	17,05
Energy: 0,00	71,73
Imposto: 11,79	6,76
Impostos: 76,18	5,51

INDICADORES DE CONTINUIDADE

ÍNDICE	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo	187,00	421,95	421,95
Despesa	227,85	17,05	17,05
Energy	0,00	71,73	71,73
Impostos	11,79	6,76	6,76
Impostos	76,18	5,51	5,51



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 Francisco Simeão Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 711 335.422-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário maria das dores s.m. Neves inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.509.842-20, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima maria das dores s.m. Neves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.509.842-20, 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>Q: Estrela celeste</u>		Número <u>998</u>	Complemento
Bairro <u>Macau</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>Roraima</u>	CEP <u>69315-082</u>
Email <u>francisco.simeao@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(65) 3215-6697</u>	Telefone celular (DDD) <u>(65) 99154-6697</u>	

Boa Vista, 09 de Abril de 2019
Locat e Data

Francisco Simeão Araújo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Osmar Rodrigues Neves

RG nº _____, data de expedição 11/11/11.
Órgão _____, portador do CPF nº 103.314.172-00 com
domicílio na cidade de Bonfim, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
100 Daniel Romão, nº 148,
complemento sala. declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria das Dores de S.M.N cujo o condutor era
Maria das Dores de S.M.N.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda Biz 125 ES

Ano: 2015

Placa:

PAO 2091

Chassi:

0057C6820FR591240

Data do Acidente:

Local e Data: Bonfim, RR 06/06/2018



Osmar Rodrigues Neves

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Osmar Rodrigues Neves
RG nº _____, data de expedição / / .
Órgão _____, portador do CPF nº 103.314.172-00 com
domicílio na cidade de Bon Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
rua Daniel Aquino, nº 148,
complemento sala, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria das Dores de S.M.N cujo o condutor era
Maria das Dores de S.M.N.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda Biz 125 ES

Ano: 2015

Placa: VAO 2091

Chassi: 9027C4820FR591240

→ Data do Acidente: 16/04/18

Local e Data: Bon Vista, RR 06/06/2018



Osmar Rodrigues Neves

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SABEMI SEGURADORA S/A

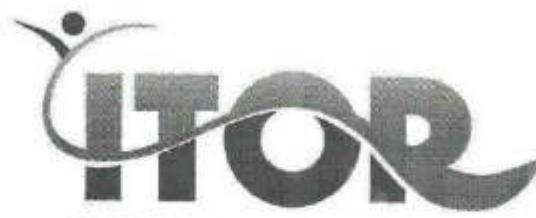
12 SET. 2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

12 NOV 2018

RECEBIDO



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

Paciente: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Idade: 61 anos, 11 meses, 20 dias

Data: terça-feira, 2 de abril de 2019

LAUDO MÉDICO

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM EVOLUÇÃO DE 11 MESES. APRESENTANDO SEQUELAS IMPORTANTES EM MEMBRO AFETADO COMO DOR E LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO ASSOCIADO A EDEMA LOCAL.

NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES DE DESENVOLVER QUALQUER ATIVIDADE LABORATIVA QUE EXERCA CARGA NO MEMBRO AFETADO. A MESMA JÁ ESGOTOU TODAS SUAS CHANCES DE MELHORA CLÍNICA, COM MELHORA DEFINITIVA APENAS COM ADVENTO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO.

A DISPOSIÇÃO,



Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR
CRM: 610

Responsável Técnico Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR- ROC 610

Av. Nossa Senhora da Consolação - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1852/ (95) 98111-3636

Email: Admin@clinicaitor.com.br



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

Paciente: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Idade: 61 anos, 10 meses, 17 dias

Data: sábado, 2 de março de 2019

LAUDO MÉDICO

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM EVOLUÇÃO DE 10 MESES. APRESENTANDO SEQUELAS IMPORTANTES EM MEMBRO AFETADO COMO DOR E LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO ASSOCIADO A EDEMA LOCAL. EM FISIOTERAPIA MOTORA PARA MELHORA DO QUADRO, PORÉM SEM MELHORA SIGNIFICATIVA.

NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES DE DESENVOLVER QUALQUER ATIVIDADE LABORATIVA QUE EXERCA CARGA NO MEMBRO AFETADO.

A DISPOSIÇÃO,

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

[Handwritten signature of Dr. Vitor Paracat Santiago]
Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR

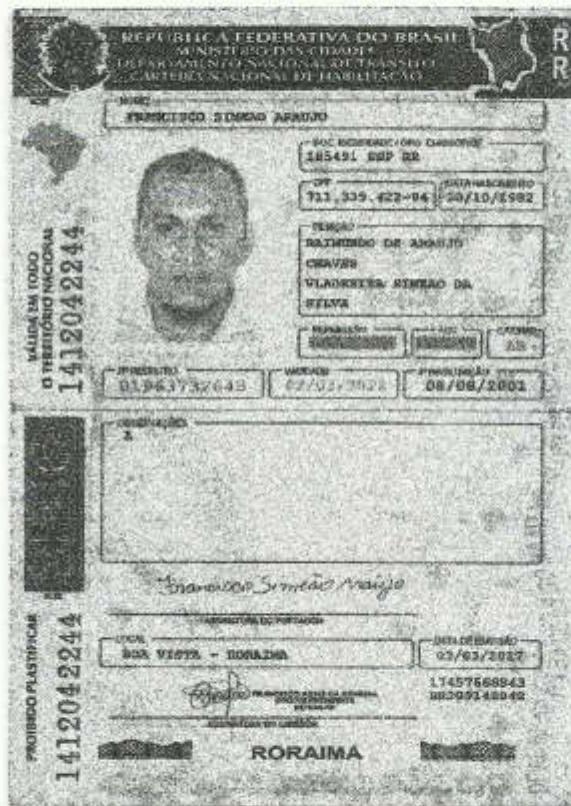
Responsável Técnico Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR- RQE 610

Av. Nossa Senhora da Consolação - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1652/ (95) 98111-3636

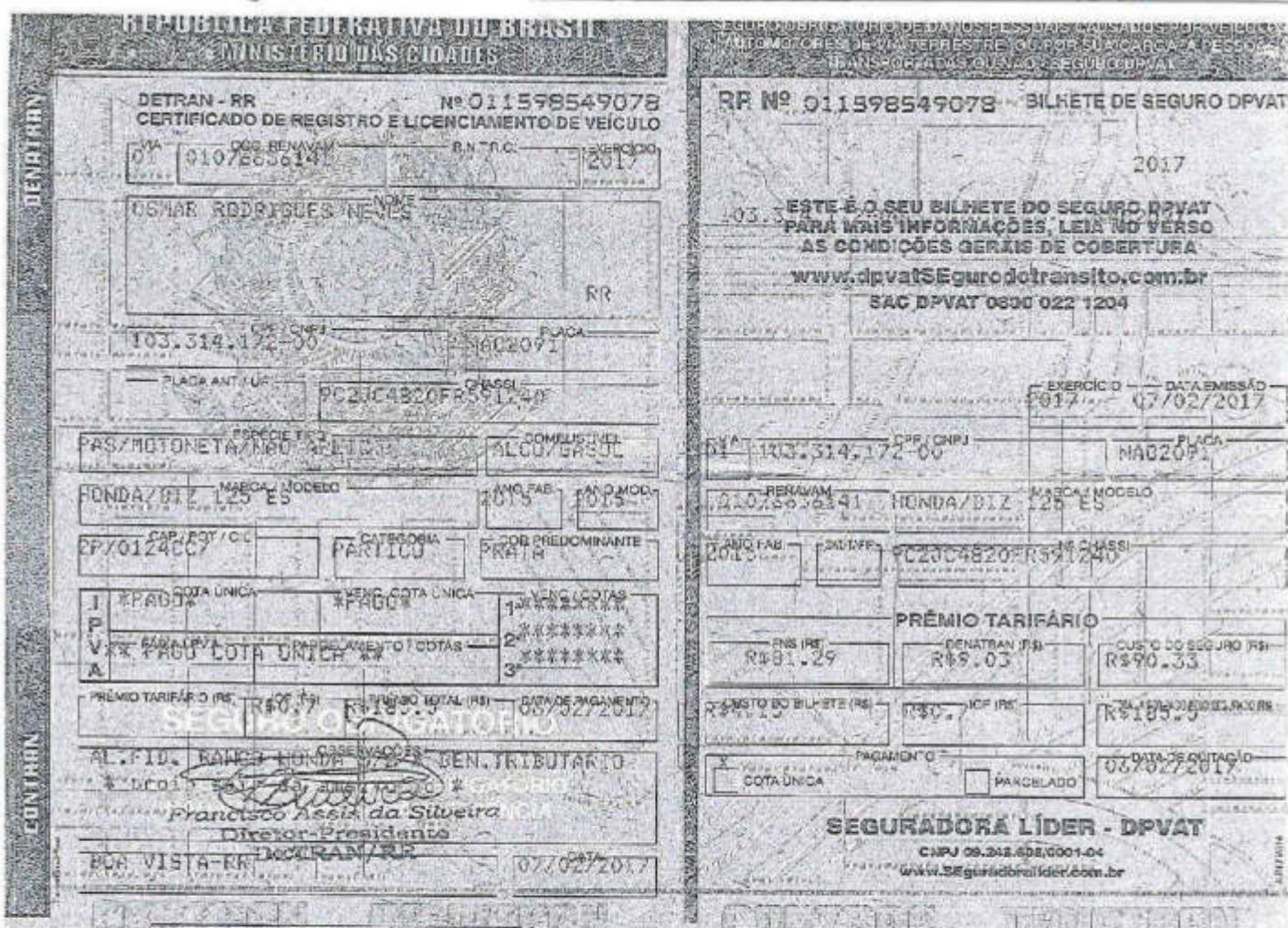
Email: Admin@clinicitor.com.br

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR





SABEMOS SEGURO UMA S. J.
12 SET. 2018
RECEBIDO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190283061
Nome do(a) Examinado(a):	MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA DAVID RAMALHO 148 LIBERDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	112.509.842-20
Data e local do acidente:	16/04/2018 BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 23/05/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

ATENDIMENTO NO PS FRANCISCO ELESBÃO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, CONFORME FICHA 1800937307 COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO. APO AVALIAÇÃO MEDICA, FOI DADO ALTA. DEVIDO AGRAVAMENTO DO QUADRO, PROCUROU ATENDIMENTO PARTICULAR, UMA VEZ QUE ATENDIMENTO PUBLICO ENCONTRAVA-SE (E ATE HOJE ENCONTRA-SE) EM CRISE, SENDO CONSTATADO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO, NÃO HAVENDO MAS CONDIÇÕES DE REPARAÇÃO NAQUELE MOMENTO.

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

ALTA MEDICA SEM ORIENTAÇÃO OU OUTROS PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS NO PS. PERICIANDO PROCUROU POR MEIOS PRÓPRIOS SERVIÇO ORTOPÉDICO PARTICULAR APOS CERCA DE 10 MESES UMA VEZ QUE SERVIÇO PÚBLICO ENCONTRA-SE EM CRISE. O ORTOPEDISTA INFORMOU NÃO SER MAIS POSSÍVEL INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA RECUPERAÇÃO DA LESÃO NAQUELE MOMENTO.

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

DANOS SEGMENTAR PARCIAL INCOMPLETO GRAVE DE JOELHO DIREITO.

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): JOELHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

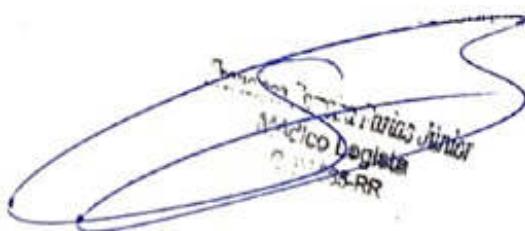
% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA EM CRISE, AGRAVADO DEVIDO GRANDE CONTINGENTE DE VENEZUELANOS REFUGIADOS EM RORAIMA.



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - Registro no CRM: 365 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
MACEDO NEVES

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
MACEDO NEVES

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A
MACEDO NEVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
(CONFORME LAUDO MÉDICO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 1. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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