

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:
2800540520200805103002

Processo 0817847-38.2020.8.23.0010 - (21 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"/>					
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 11	05/08/2020 10:30:02	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2737478CONTESTACAO01.pdf	Público
		11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2737478CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
	10	(Pelo advogado/curador/defensor de PEDRO COSTA DE SOUZA) em 27/07/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/07/2020) e ao evento de expedição seq. 9.			SISTEMA CNJ
	9	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	9	Para advogados/curador/defensor de PEDRO COSTA DE SOUZA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/07/2020)			Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário
<input type="checkbox"/> 8	17/07/2020 14:17:02	JUNTADA DE CERTIDÃO			Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário
	7	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA			Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário
	7	Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 25/10/2020 (100 dias)			PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO
<input type="checkbox"/> 6	17/07/2020 09:02:41	CONCEDIDO O PEDIDO			Magistrado
	5	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL			SISTEMA CNJ
	4	RECEBIDOS OS AUTOS			SISTEMA CNJ
	3	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR			SISTEMA CNJ
	2	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO			SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/> 1	14/07/2020 17:05:59	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL			ANDRÉ CARLOS ISRAEL Advogado



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

Processo: 08178473820208230010

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 **PEDRO COSTA DE SOUZA**, 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 **16/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **10/06/2020**.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA 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 10/06/2020 após 7 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.

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;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/12/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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)

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 através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 16/12/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da 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

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.”

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

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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 Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 4 de agosto 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 GRAAÇÃO

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 quadil, 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 **PEDRO COSTA DE SOUZA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08178473820208230010.

Rio de Janeiro, 4 de agosto 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: 3200219256 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO COSTA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 2
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219256

Vítima: PEDRO COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO COSTA DE SOUZA

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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200219256 **Vítima: PEDRO COSTA DE SOUZA**

Data do Acidente: 16/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO COSTA DE SOUZA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: PEDRO COSTA DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000008673-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

199.729.542-34

4 - Nome completo da vítima:

Pedro Costa de Souza

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

5 - Nome completo:

Pedro Costa de Souza

6 - CPF:

199.729.542-34

7 - Profissão:

auxiliar em loja

8 - Endereço:

Rua: 5º Antônio do Abreu

9 - Número:

466

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Aracelis

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

PedroRRR@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95)98404-5368

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

(informar o dígito se existir)

CONTA: 00008673

(informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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:

MORTE

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:

 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.

NAO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 18/06/2020

x Pedro Costa de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4487/2020 - Registrado em: 10/06/2020 às 13h 15min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/12/2019 às 11h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: SOL NASCENTE

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: RAIAR DO SOL

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

PEDRO COSTA DE SOUZA(55), nascido(a) em 07/09/1964, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 199.729.542-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de PATROCINIA ALVES DA COSTA e AUGUSTO MENEZES DE SOUZA, endereço: RIO SANTO ANTONIO DO ABONARI, cep: 69315-677, Nº: 426, bairro: SÃO BENTO, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99162-7918.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA SUA BICICLETA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, SENTIDO BAIRRO/SÃO BENTO, QUANDO AO REDUZIR A VELOCIDADE PARA ENTRAR A ESQUERDA DA VIA UMA MOTO QUE VINHA ATRÁS, BATEU NA TRASEIRA DA SUA BICICLETA, CAUSANDO A QUEDA, QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU FRATURA NO PUNHO DIREITO. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HRG. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Pedro Costa de Souza
PEDRO COSTA DE SOUZA
COMUNICANTE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

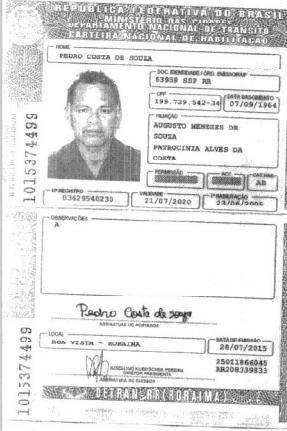
CLIENTE: PEDRO COSTA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000008673-2

Nr. da Autenticação 2D015E203860AB9C



Seguradora SLIDER Administradora de Seguro (RAT)		PEDIDO DO SEGURO DPVAT																			
		Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:				INVALIDEZ PERMANENTE															
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:		MORTE															
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima: 199-729-542-31		4 - Nome completo da vítima: Pedro Costa de Souza																	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSP Nº 145/2012							G-CPF: 199-729-542-34														
5 - Nome completo:		6 - Endereço:		7 - Cidade:		8 - Bairro:		9 - Número: 400													
5 - Nome completo: Pedro Costa de Souza		6 - Endereço: Av. Tenente C. R. Ribeiro, 516		7 - Cidade: Porto Velho		8 - Bairro: Brasilândia		9 - Número: 400													
10 - Comentários:		11 - Profissão:		12 - Cidade:		13 - Estado:		14 - CEP:													
10 - Comentários:		11 - Profissão: Autônomo		12 - Cidade: Rua Vinte		13 - Estado: RK		14 - CEP: 69.300.000													
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):		17 - Número completo do Representante Legal:		18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:													
15 - E-mail: pedrocostade.souza@tutorenormal.com		16 - Tel (DDD): (69) 3198-4041-5383		17 - Número completo do Representante Legal:		18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:													
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR																					
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).																					
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:																					
<table border="1"> <tr> <td>REGISTRO INFORMATIVO</td> <td>R\$3.000,00 a R\$3.000,00</td> <td>R\$2.000,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td>R\$2.000,00 ATÉ R\$2.500,00</td> </tr> <tr> <td>SEM RENDA</td> <td>R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td>R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td>ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>										REGISTRO INFORMATIVO	R\$3.000,00 a R\$3.000,00	R\$2.000,00 ATÉ R\$2.500,00	R\$2.000,00 ATÉ R\$2.500,00	SEM RENDA	R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00	R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00	ACIMA DE R\$5.000,00				
REGISTRO INFORMATIVO	R\$3.000,00 a R\$3.000,00	R\$2.000,00 ATÉ R\$2.500,00	R\$2.000,00 ATÉ R\$2.500,00																		
SEM RENDA	R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00	R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00	ACIMA DE R\$5.000,00																		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)																					
<table border="1"> <tr> <td>CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abilis. Assinale uma opção)</td> <td>CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> <td>CONTA: _____</td> </tr> </table>										CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abilis. Assinale uma opção)	CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____						
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abilis. Assinale uma opção)	CONTA CORRENTE (Todos os bancos)																				
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____																				
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____																				
<table border="1"> <tr> <td>AGÊNCIA: 20027</td> <td>CONTA: 00008673</td> <td>INFORMAR DIGITO SE EXISTIR: 7</td> </tr> <tr> <td>(Inserir o dígito se existir)</td> <td>(Inserir o dígito se existir)</td> <td>(Inserir o dígito se existir)</td> </tr> </table>										AGÊNCIA: 20027	CONTA: 00008673	INFORMAR DIGITO SE EXISTIR: 7	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)						
AGÊNCIA: 20027	CONTA: 00008673	INFORMAR DIGITO SE EXISTIR: 7																			
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)																			
Autorizo a Seguradora Lider a registrar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ou reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desse já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer total ou parcial.																					
22 - DECLARAÇÃO DE AusÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE																					
<p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tenho IMI, que atenda a região do cliente ou da minha residência, ou • Não tenho a capacidade de dirigir o automóvel ou da minha residência nem realizo serviços para fins do Seguro DPVAT, ou • O IMI que atende a região do cliente ou da minha residência não realiza atendimentos periciais com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 																					
Solicito o prorrogamento da análise da perícia de 90 (noventa) dias para o Seguro DPVAT, por motivos permanentes, com base na documentação médica apresentada e a apresentação do laudo do IMI, concordando desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.																					
Declaro que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso descreva o seu conteúdo.																					
23 - Estado civil da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo																					
24 - Data da óbito da vítima:																					
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:																					
<table border="1"> <tr> <td>28 - Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>29 - Setinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>32 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td>33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Falecidos</td> <td>Falecidos</td> <td>Falecidos</td> <td>Falecidos</td> <td>Falecidos</td> <td>Falecidos</td> </tr> </table>										28 - Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Setinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Falecidos	Falecidos	Falecidos	Falecidos	Falecidos	Falecidos
28 - Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Setinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																
Falecidos	Falecidos	Falecidos	Falecidos	Falecidos	Falecidos																
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará caso deva a indenização do seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua carência, citando cliente, ainda que de qualquer amido ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal no infrator do artigo 259 do Código Penal.																					
34 - Declaração de que o cliente é maior de idade e que a declaração é verdadeira, caso contrário, não é maior de idade e a declaração é falsa.																					
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 - 1º Nome: _____ CPF: _____																					
Assinatura da testemunha																					
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____																					
Assinatura da testemunha																					
40 - Local e Data, _____ Data: 18/10/2020																					
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)																					
Assinatura da testemunha																					



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4872053

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVÃO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	03/2020	21-FEB-20 a 25-MAR-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
703	11-APR-20	R\$ 579,51

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	03/2020	R\$ 579,51

836400000052.795100750004.000000001081.917003200057



Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

1901198780 16/12/2019 12:15:27		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	16	
Paciente PEDRO COSTA DE SOUZA		Data Nascimento 07/09/1964	Idade 55 A 3 M 9 D	CNS	CPF	Prontuário		
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 63938	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 07/05/1986	Sexo M	Estado Civil NAO INFORMADO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe PATROCINIA ALVES DA COSTA							Contato (95) 99162-7918	Ocupação
Endereço RUA - SANTO ANTONIO DA ABONARIO - 466 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento OUTROS	Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL			Procedimento Sol.				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Exame Físico	<p><i>Quss e fraca, com febre, com dor de estomago. ECG = O. Apesar das dores, não sente dor no abdômen.</i></p>							
Hipótese Diagnóstica	<p><i>Exame Físico: Abdômen doloroso. Pediograma.</i></p>							
SADT - Exames Complementares	<p><input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>							
Notas Anais	<p><i>① Tenoilema lombar. ② opção 1 ③ opção 2.</i></p>							
Prescrição				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<p><i>① Tenoilema lombar. ② opção 1 ③ opção 2.</i></p>					<p><i>20-03-2019</i></p>			
Conduta	<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:</p>							
Óbito	<p><input type="checkbox"/> Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica</p>							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
<p>Certifico que a presente cópia é fiel Reprodução original que não é apresentado neste Hospital</p>								



me
se for

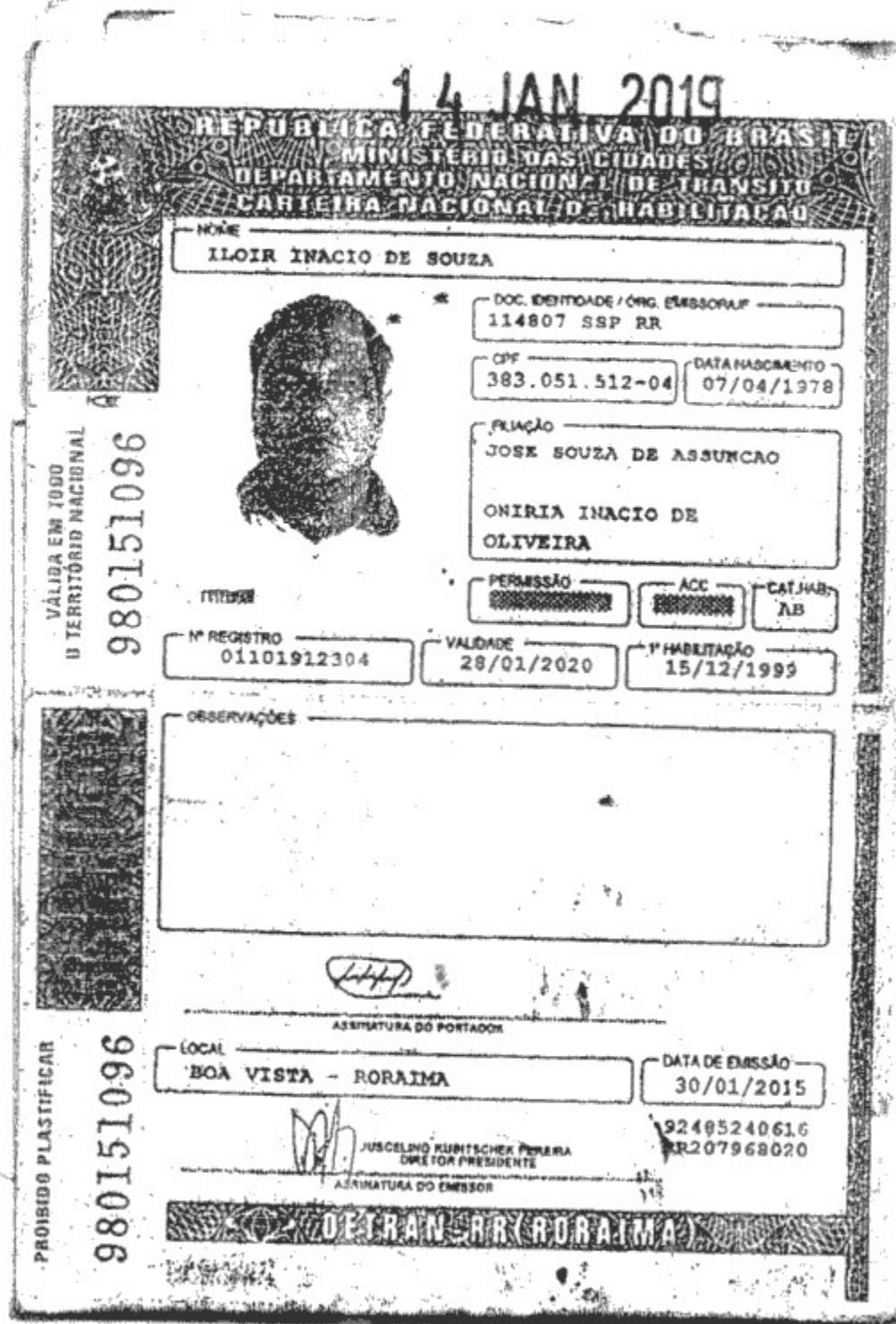
para

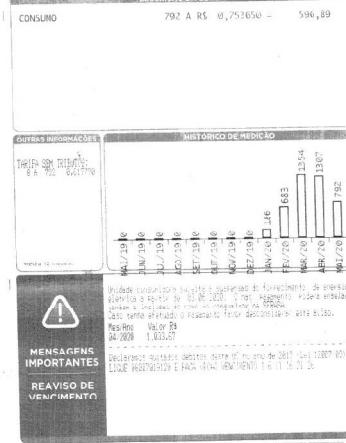
Dr's Fep

Rede
alfe
pato

GG







Seguradora
LÍDER
 Administradora de Seguro (SA)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
189 729 542-31		189 729 542-31	Pedro Costa de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSPENSO Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
Pedro Costa de Souza		189 729 542-31		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		
autônomo		Rua: 570 Antônio do Nascimento		
11 - Bairro:		12 - Cidade:		
Marechal		Bacabeira		
15 - E-mail:		16 - CEP:		
FOTOPROOF@hotmail.com		58600-000		
17 - Número 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:				
<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMATIVO <input type="checkbox"/> R\$3.000,00 a R\$12.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ou ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 2007 CONTA: 00008673 (Inserir o dígito se existir) <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Inserir o dígito se existir) <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Inserir o dígito se existir)				
Autorizo a Seguradora Líder a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recomendando e dando, desseja já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> ■ Não há IMI que atenda a região do paciente ou da minha residência; ■ Unicel, que atende a região do paciente ou da minha residência não realiza consultas para fins do Seguro DPVAT; ou ■ O IMI que atende a região do paciente ou da minha residência realiza consultas com prazo superior a 50 (cinquenta) dias do pedido. Solicto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em submeter a análise médica presencial, caso necessário, ao critério da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, de que trata a legislação disponível na Lei nº 6.134/74.				
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado de nascimento:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		25 - Grau de parentesco com a vítima:		
26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso deuixa a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que, ou querer omisso ou, declarado não verdadeiro, poderá gerar a cobrança de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.				
34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data, _____ Fica Vitoria 18/10/2020 Xaréu Pinto de Souza				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)				

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219256 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO COSTA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 2
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Pedro Costa de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	63938
ENDEREÇO:	Rua Santo Antônio do Abonari N° 466, Bento

OUTORGADO

NOME:	Ilan Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Rinkhino Galvão 1832 Bento

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16/12/2019 cobertura Invalidade, vitima: Pedro Costa de Souza

1504 VISTA 19.02.2020

LOCAL E DATA

Pedro Costa de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL
AQUINO**
181260-564307171657
Reconheço por VERDADEIRA as(s) firma(s)
1/PEDRO COSTA DE SOUZA

Cartório de 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Afonso Taunay, 4207 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: 4999-8627-4186
roficioinboavista@cartorioaquinov.com.br

181.260

181.260

181.260

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169842/20

Vítima: PEDRO COSTA DE SOUZA

CPF: 199.729.542-34

Data do acidente: 16/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO COSTA DE SOUZA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

PEDRO COSTA DE SOUZA : 199.729.542-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2020
Nome: PEDRO COSTA DE SOUZA
CPF: 199.729.542-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

PEDRO COSTA DE SOUZA

MANOEL COELHO NETO