

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: 2831442720200903113800

Processo 0821245-90.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8500 por pág.1

| Seq.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Data                | Evento                                                                                                                                                           | Movimentado Por                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <div>[-]</div> 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 03/09/2020 11:38:00 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO                                                                                                                                | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br>Procurador           |
| <div><div>8.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2747629CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>8.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2747629CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>8.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div> |                     |                                                                                                                                                                  |                                                  |
| EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                                                                                                                                  |                                                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 24/08/2020 08:36:10 | Para advogados/curador/defensor de ADRIANO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (21/08/2020) | KHALLIDA LUCENA DE BARROS<br>Analista Judiciário |
| <div>[+]</div> 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21/08/2020 12:55:04 | PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE                                                                                                                            | ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES<br>Magistrado        |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21/08/2020 09:53:58 | CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL                                                                                                                         | SISTEMA CNJ                                      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21/08/2020 09:53:58 | RECEBIDOS OS AUTOS                                                                                                                                               | SISTEMA CNJ                                      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21/08/2020 09:53:58 | REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR                                                                                                                             | SISTEMA CNJ                                      |
| Registro de Distribuição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                  |                                                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21/08/2020 09:53:58 | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO                                                                                                                                          | SISTEMA CNJ                                      |
| 2ª Vara Cível                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                                                  |                                                  |
| <div>[+]</div> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21/08/2020 09:53:57 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL                                                                                                                                    | ANDRÉ CARLOS ISRAEL<br>Advogado                  |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08212459020208230010

**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 **ADRIANO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/06/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/01/2019**.

Cumprе esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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 MÉRITO**

### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>4</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>5</sup>.

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

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

---

<sup>3</sup>“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)

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

---

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

<sup>7</sup> art.

1º

(...)

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 1 de setembro de 2020.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

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

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

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

### TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total (100%)  | Intensa (75%) | Média (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADRIANO DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08212459020208230010.

Rio de Janeiro, 1 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



---

**Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335339**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ADRIANO DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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



---

**Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190335339**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIANO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190335339**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ADRIANO DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **394.476.908-23** Nome completo da vítima: **Adriano da Silva**

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

Nome completo: **Adriano da Silva** CPF: **394.476.908-23**  
Profissão: **desempregado** Endereço: **Rua Tanilo Pynes** Número: **153** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **Paradeiro H. Campos** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.316-500**  
E-mail: **FLOIRRR@HOTMAIL.COM** Tel (DDD): **(95) 99154-4282**

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

REDA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (conveniente para os bancos aliados. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **0653** CONTA: **59615** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

## 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 arrolado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §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 dolo da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Boa Vista - RR 21/05/19**  
Nome: **Adriano da Silva**  
CPF: **394.476.908-23**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Adriano da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência de inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002212/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:29 Data/Hora Fim: 30/01/2019 10:36

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/06/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Avenida Ataíde Teive

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: ADRIANO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE ) |                                                |                 |                  |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                            | Naturalidade: SP - São Paulo                   | Sexo: Masculino | Nasc: 24/11/1997 |
| Profissão: Desempregado                              |                                                |                 |                  |
| Estado Civil: Solteiro(a)                            |                                                |                 |                  |
| Nome da Mãe: Vanda Maria Conceição Silva             | Nome do Pai: Joao Evangelista Pereira da Silva |                 |                  |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 394.476.908-23

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Dalício Aires

Nº: 153

Bairro: Senador Helio campos

Telefone: (95) 98120-8416 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Grupo Veículo                           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta           |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| CPF/CNPJ do Proprietário 394.476.908-23 | Placa NAO9862                           |
| Renavam 01142816238                     | Número do Motor KC22E0J009866           |
| Número do Chassi 9C2KC2200JR009774      | Ano/Modelo Fabricação 2018/2018         |
| Cor VERMELHA                            | UF Veículo Roraima                      |
| Município Veículo Boa Vista             | Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN           |
| Modelo HONDA/CG 160 FAN                 | Veículo Adulterado? Não                 |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Envolvido                      |
| Última Atualização Denatran 15/02/2018  | Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO |
| Nome Envolvido                          | Envolvimentos                           |
| Adriano da Silva                        | Possuidor                               |



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002212/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava pela Avenida Ataíde Teive, sentido centro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando bateu em um quebra molas, perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que registra SOMENTE para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

  
Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

  
Adriano da Silva  
(Comunicante / Vítima)

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



21 MAIO 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

394.476.908-23

Adriano da Silva

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

Nome completo:

Adriano da Silva

CPF:

394.476.908-23

Profissão:

desempregado

Endereço:

Rua Tanilo Pynes

Número:

153

Complemento:

Bairro:

Paradeiro H. Campos

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-500

E-mail:

FLOIRRR@HOTMAIL.com

Tel (DDD):

(95) 99154-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (conveniente para os bancos aliados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

(informar o dígito se existir)

CONTA:

59615

(informar o dígito se existir)

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.

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 arrolado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §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 dolo da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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.

Assinatura  
Nome da  
vítima ou  
beneficiário  
(se diferente)

Local e Data: Boa Vista - RR 21/05/19

Nome: Adriano da Silva

CPF: 394.476.908-23

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adriano da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência de inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO COMES, 3508 - AEROPORTO



|                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1600961126                                                                                                                                                                                                                                   |  | 03/06/2018 22:00:35                                                                        |  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA                                                                                                     |  | NOTURNO 19- 35                      |  |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                                     |  | Data Nascimento                                                                            |  | Idade                                                                                                                                  |  | CNS                                 |  |
| ADRIANO DA SILVA                                                                                                                                                                                                                             |  | 24/11/1997                                                                                 |  | 20 A 6 M 9 D                                                                                                                           |  |                                     |  |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                                     |  | Documento                                                                                  |  | Órgão Emissor                                                                                                                          |  | Data Emissã                         |  |
| IDENTIDADE                                                                                                                                                                                                                                   |  | 5005434                                                                                    |  | 02/02/2007                                                                                                                             |  | M                                   |  |
| Mão                                                                                                                                                                                                                                          |  | VANDA MARIA CONCEICAO SILVA                                                                |  | JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SI                                                                                                         |  | (95) 99115-7407                     |  |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                     |  | RUA - S 11/27 - 153 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR                                |  |                                                                                                                                        |  | Ocupação                            |  |
| Class. do Risco                                                                                                                                                                                                                              |  | Plano Convênio                                                                             |  | N° da Carteira                                                                                                                         |  | Validade                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                               |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                                                                                                        |  | Caráter do Atendimento                                                                     |  | Profissional do Atend.                                                                                                                 |  | Procedência                         |  |
| ACIDENTE DE MOTO                                                                                                                                                                                                                             |  | URGÊNCIA                                                                                   |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Setor                                                                                                                                                                                                                                        |  | Tipo de Chegada                                                                            |  | Procedimento Sol.                                                                                                                      |  | Registrado por:                     |  |
| GRANDE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                |  | RESGATE                                                                                    |  |                                                                                                                                        |  | LEILSON.SOUSA                       |  |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |  |                                     |  |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                            |  | GSC                                                                                                                                    |  | TOTAL                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                            |  | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                                                                         |  |                                     |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                   |  | APRAZAMENTO                                                                                |  | OBSERVAÇÃO                                                                                                                             |  |                                     |  |
| 1 DIPIRONA 1 gr. EV                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| 2 TENOXICAM 40 mg EV                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Conduta                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório                                                       |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Intensivo</i>                                                                                                                                                                     |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| óbito                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                           |  | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa  
Data Hora: 03/06/2018 22:03:19

21 MAIO 2019



**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: 2907670

**VANDA MARIA CONCEICAO SILVA**

R. TARCILLO AYRES, 153 , Q 410

SENADOR HELIO  
CAMPOS

69316560 BOA VISTA

RR

|               |            |                       |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO  | MÊS        | PERÍODO DE CONSUMO    |
| 603325        | 04/2019    | 14-MAR-19 a 12-APR-19 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR         |
| 437           | 26-MAY-19  | R\$ 327,49            |

**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 |
| 603325       | 04/2019 | R\$ 327,49    |

836800000033.274900750002.000000000604.332504190155

**21 MAIO 2019**

**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: 2419388

**ILOIR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

|                                |                                |                                                    |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>1089153</b> | MÊS<br><b>02/2019</b>          | PERÍODO DE CONSUMO<br><b>25-JAN-19 a 22-FEB-19</b> |
| CONSUMO (kWh)<br><b>237</b>    | VENCIMENTO<br><b>11-MAR-19</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 229,20</b>                 |

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

**21 MAIO 2019**

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                                |                       |                                    |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>1089153</b> | MÊS<br><b>02/2019</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 229,20</b> |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 394.476.908 23 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adriano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 394.476.908 23, 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<br><u>Rua: Antonio Pinheiro Góes</u> |                            | Número<br><u>3832</u>   | Complemento                                 |
| Bairro<br><u>Boa Vista</u>                    | Cidade<br><u>Boa Vista</u> | Estado<br><u>RR</u>     | CEP<br><u>69 309 209</u>                    |
| Email<br><u>ilair@hotmai.com</u>              |                            | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>99154-4282</u> |

21 MAIO 2019

Boa Vista RR, 23 de Abri de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO COMES, 3508 - AEROPORTO



|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1600961126                                                                                                                                                                                                                             |  | 03/06/2018 22:00:35                                                                        |  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA                                                                                                     |  | NOTURNO 19- 35                      |  |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                               |  | Data Nascimento                                                                            |  | Idade                                                                                                                                  |  | CNS                                 |  |
| ADRIANO DA SILVA                                                                                                                                                                                                                       |  | 24/11/1997                                                                                 |  | 20 A 6 M 9 D                                                                                                                           |  |                                     |  |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                               |  | Documento                                                                                  |  | Órgão Emissor                                                                                                                          |  | Data Emissã                         |  |
| IDENTIDADE                                                                                                                                                                                                                             |  | 5005434                                                                                    |  | 02/02/2007                                                                                                                             |  | M                                   |  |
| Mão                                                                                                                                                                                                                                    |  | VANDA MARIA CONCEICAO SILVA                                                                |  | JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SI                                                                                                         |  | (95) 99115-7407                     |  |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                               |  | RUA - S 11/27 - 153 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR                                |  |                                                                                                                                        |  | Ocupação                            |  |
| Class. do Risco                                                                                                                                                                                                                        |  | Plano Convênio                                                                             |  | N° da Carteira                                                                                                                         |  | Validade                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                               |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                                                                                                  |  | Caráter do Atendimento                                                                     |  | Profissional do Atend.                                                                                                                 |  | Procedência                         |  |
| ACIDENTE DE MOTO                                                                                                                                                                                                                       |  | URGÊNCIA                                                                                   |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Setor                                                                                                                                                                                                                                  |  | Tipo de Chegada                                                                            |  | Procedimento Sol.                                                                                                                      |  | Registrado por:                     |  |
| GRANDE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                          |  | RESGATE                                                                                    |  |                                                                                                                                        |  | LEILSON.SOUSA                       |  |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |  |                                     |  |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                            |  | GSC                                                                                                                                    |  | TOTAL                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                            |  | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                                                                         |  |                                     |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                             |  | APRAZAMENTO                                                                                |  | OBSERVAÇÃO                                                                                                                             |  |                                     |  |
| 1 DIPIRONA 1 gr. EV                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| 2 TENOXICAM 40 mg EV                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Conduta                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório                                                       |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)                                              |  | <input type="checkbox"/> Internação                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revella                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Internação                                                        |  | <input type="checkbox"/> Internação                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Internação                                                        |  | <input type="checkbox"/> Internação                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
| óbito                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                            |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                     |  | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica |  |                                                                                                                                        |  |                                     |  |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

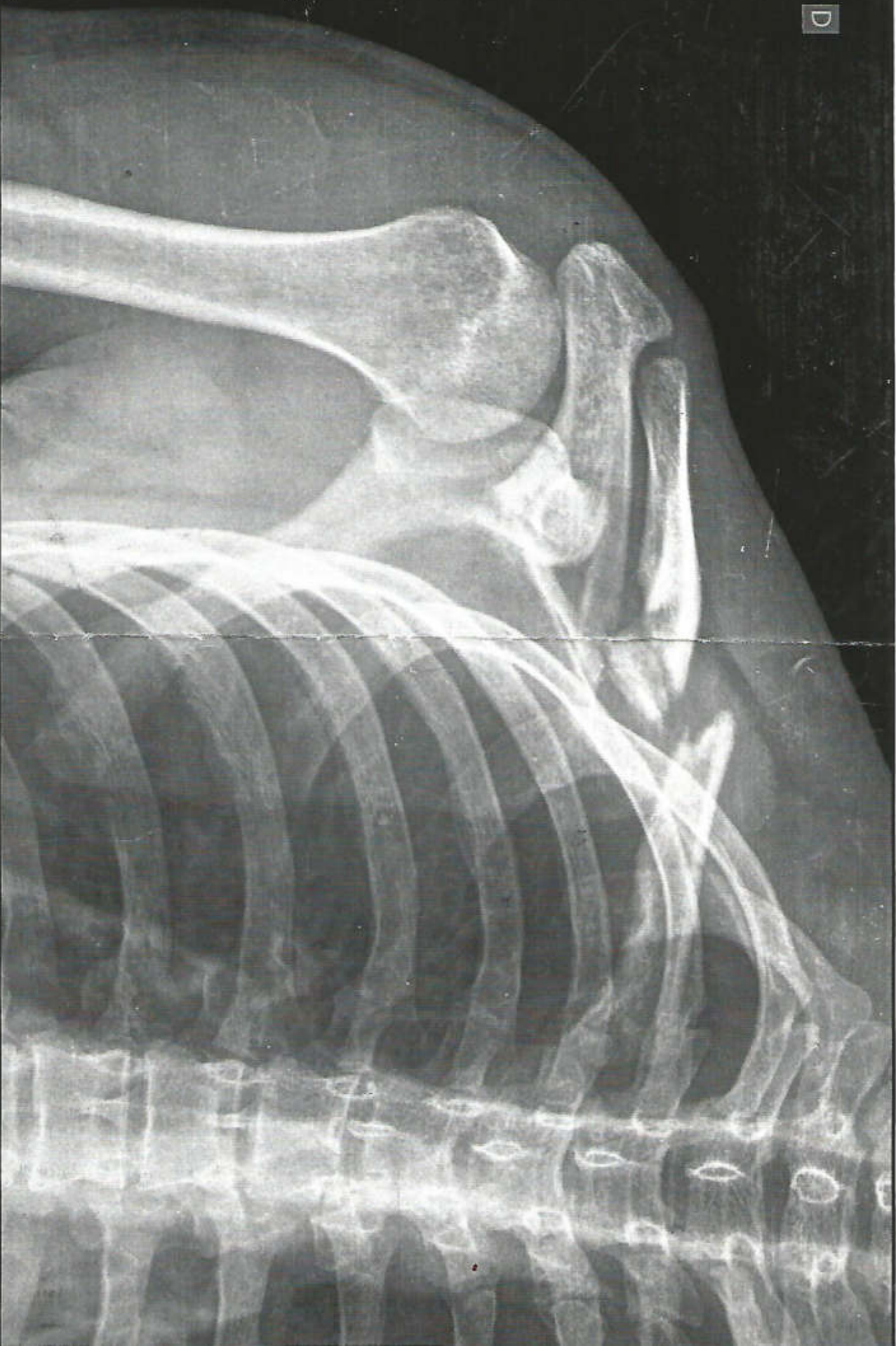
Impresso por: leilson.sousa  
Data Hora: 03/06/2018 22:03:19

21 MAIO 2019



1600961126

D



ADRIANO DA SILVA

8292

HOSPITAL CORONEL MOTA

23/07/2018

Fabiola Castro

96,3 %

D



ADRIANO DA SILVA

7143

HOSPITAL CORONEL MOTA

21/06/2018

Cloudoaldo

112,3 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 **Polegar Direito**



*Adriano da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 500543-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/10/2016

NOME **ADRIANO DA SILVA**

FILIAÇÃO **JOÃO EVANGELISTA PEREIRA DA SILVA**  
**VANDA MARIA CONCEIÇÃO SILVA**

NATURALIDADE **SÃO PAULO - SP** DATA DE NASCIMENTO 24/11/1997

DOC. ORIGEM **CERTD NASC 87641 FLS 89 LIV A-188**  
**SÃO PAULO-SP**

CPF 394.476.908-23 **AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Fotodactiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do ROC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

21 MAIO 2019

21 MAIO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE)  
114807 SSP RJ

CNPJ  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
2.B

ACC  
2.B

CAT. HAB.  
2.B

Nº REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

1ª HABILITACAO  
15/12/1999

CONSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
ROA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSAO  
30/01/2015

92485240616  
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR (ROFAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

|                |                                                  |
|----------------|--------------------------------------------------|
| NOME:          | Adriano da Silva                                 |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro                                       |
| PROFISSÃO:     | Vendedor                                         |
| IDENTIDADE:    | 50043-4                                          |
| ENDEREÇO:      | Rua Tarciso Aguiar, 153 Q 410, Smdr Lilia Campos |

OUTORGADO

|                |                                            |
|----------------|--------------------------------------------|
| NOME:          | Ilson Inácio de Souza                      |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro                                 |
| PROFISSÃO:     | Autônomo                                   |
| IDENTIDADE:    | 114.807 SSP/RR                             |
| ENDEREÇO:      | Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Bunitas |

Pelo presente instrumentô 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,

21 MAIO 2019

Bonito 09 Agosto 2018

LOCAL E DATA



Adriano da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL AQUINO**  
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
 Av. Atalaia Teira, 4307 - Boa Vista - Boa Vista/RR  
 Fone: (91) 828-2100  
 Site: daniel.aquino.com.br

386243b6c34be55e5d  
 Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
 1. ADRIANO DA SILVA

Em testemunho da verdade, DBA  
 Do que dou fé, Boa Vista/RR, 09 de agosto de 2018.  
 Consulte o(s) ato(s) abaixo em cidadão.portal.gov.com.br  
 RECFIR1682966N801JAF87LTUX471

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos/ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Ana Claudia Almeida Pereira  
 Escrevente Autorizada

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170246/19

**Vítima:** ADRIANO DA SILVA

**CPF:** 394.476.908-23

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 03/06/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADRIANO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
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

### ADRIANO DA SILVA : 394.476.908-23

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/05/2019  
Nome: ADRIANO DA SILVA  
CPF: 394.476.908-23

ADRIANO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO