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: 2958589320210122163314

Processo 0831684-63.2020.8.23.0010 - (41 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

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

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência
Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor
Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à
Descrição:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6 500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
6	22/01/2021 16:33:14	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO**	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
6.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2776455CONTESTACAO01.pdf	Público
6.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2776455CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	11/12/2020 17:32:31	**CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL**	SISTEMA CNJ
4	11/12/2020 17:32:31	**RECEBIDOS OS AUTOS**	SISTEMA CNJ
3	11/12/2020 17:32:31	**REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR** Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	11/12/2020 17:32:31	**DISTRIBUÍDO POR SORTEIO** 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
1	11/12/2020 17:32:31	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL**	Thiago Amorim Dos Santos **Advogado**

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08316846320208230010

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 **LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/08/2018**.

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

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

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

[3]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado**

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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

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

---

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)

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

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

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

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

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

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

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

> **Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**
>
> **Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

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

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

---

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

[5]**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

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[6].

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[7]

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 horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

---

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

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

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 21 de janeiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO**, em curso perante **a 5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08316846320208230010.

Rio de Janeiro, 21 de janeiro de 2021.

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

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

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653012 **Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO**

Data do Acidente: 01/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00421/00422 - carta_01 - INVALIDEZ

00040211

Carta nº 15153072

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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653012 **Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO**

Data do Acidente: 01/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
A documentação médica anexada, datada de 01/08/2018, emitida pelo Dr. MARCIO FREIRE DE MELO LIMA, CRM nº 1613 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01429/01430 - carta_31 - INVALIDEZ
00050715

Carta nº 15180990

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	82282579291	LINDSAY DO N. RIBEIRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO		CPF titular da conta: 82282579291	Profissão: ATEND. DE CAIXA
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade: BOA VISTA	Estado: RR	CEP
Email: LUANNA.50022471@HOTMAIN.COM			Telefone (DDD): (095)99116.8367

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. ____ D/V ____ (Informar digito se existir)
CONTA NRO. ____ D/V ____ (Informar digito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome ____ NRO ____
AGÊNCIA NRO. ____ D/V ____ (Informar digito se existir)
CONTA NRO. ____ D/V ____ (Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA, 15 de OUTUBRO de 2018.

Loc&l e D&t&

Lindsay do Nascimento Ribeiro.
C&mpo 1 - Assin&tur& do Benefici&rio

C&mpo 2 - Assin&tur& do Represent&nte Leg&l

FAPPF.001 V001/2017

21 NOV 2019

99125-7619

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034730/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/08/2018 08:27 Data/Hora Fim: 31/08/2018 08:43
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 31/08/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/08/2018 13:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Caimbé
Logradouro: Av. ataide teive

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Caracaraí Sexo: Feminino Nasc: 06/03/1980
Profissão: Comerciário
Nome da Mãe: Maria das Dores Nascimento Ribeiro

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua foz do iguaçu Nº: 1048
Bairro: equatorial
Telefone: (95) 99125-7619 (Celular)

21 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAS7439
Número do Chassi ****************55445
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor Laranja
UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX EX
Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX EX
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lindsay do Nascimento Ribeiro	Possuidor

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034730/2018

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, conduzia a sua motocicleta quando, em dado momento, uma bicicleta cruzou a sua frente causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou algumas lesões corporais na comunicante. Após o acidente a comunicante foi socorrida pela equipe do SAMU que a enviou ao HGR para que fossem tomadas as providencias medicas cabiveis. É o relato.

ASSINATURAS

DAT

Fernando Figueiredo

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Lindsay do Nascimento Ribeiro.

Lindsay do Nascimento Ribeiro
(Comunicante)

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

21 NOV. 2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 822.825.792-91

Nome completo da vítima: Bindsay do Nascimento Ribeiro

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

Nome completo: Bindsay do Nascimento Ribeiro

CPF: 822.825.792-91

Profissão: Comerciaria

Endereço: Rua: Foz do Iguaçu

Número:

Complemento:

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP:

E-mail: Iloiva@hotmail.com

Tel.(DDD): (95)99154-4282

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3024 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 169.64 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Boa Vista - RR, 18/11/2019

Nome: Bindsay do Nascimento Ribeiro

CPF: 822.825.792-91

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Bindsay do Nascimento Ribeiro.

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 do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

21 NOV. 2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0002258-6

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

Nº da Nota Fiscal 001836648

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
NOVEMBRO/2018	06/12/2018	385	311,93

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO
R. FOZ DO IGUACU 1048 EQUATORIAL
CPF: 00082282579291
CEP: 69.317-330 - BOA VISTA

ROT: 3.001.16.11.119300

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh
Atual:	18525	
Anterior:	18140	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	385	
Consumo Faturado:	385	FCAH

DATAS DA LEITURA	
Atual:	21/11/2018
Anterior:	19/10/2018
Próxima Leitura:	19/12/2018
Emissão:	19/11/2018
Apresentação:	21/11/2018

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	01	[illegible]	[illegible]	[illegible]	360

HISTÓRICO kWh
Mês/ano consumo

OUT/18	418
SET/18	337
AGO/18	343
JUL/18	303
JUN/18	335
MAI/18	232
ABR/18	303
MAR/18	319
FEV/18	359
JAN/18	462

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 385 A R$ 0,710045 =	273,36
CORRECAO MONETARIA DA 08/18-00	0,11
CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	4,40
MULTA POR ATRASO DE I 08/18-00	2,11
JUROS DE MORA POR ATR 08/18-00	0,50
MULTA POR ATRASO 08/18-00	3,86
JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	4,12
ILUMINACAO PUBLICA	23,47

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R$

[illegible] consumidor evite a suspensão do fornecimento de [illegible] de mora do consumidor no [illegible] [illegible] ainda existir em aberto(s) vencido(s) e já reavisado(s) no valor de R$ 208,24 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL Nº [illegible] DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 0800701912O. E FACA OPCAO VENCIMENTO [illegible]

RESERVADO AO FISCO

[illegible]	219,44	Base de Cálculo	273,36
[illegible]	0,00	Alíquota ICMS	17,00%
Encargos:	0,00	Valor do PIS	46,47
Tributos:	0,00	Valor da COFINS	1,32

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82

FLORESTA

ROT: 3.001.16.11.119300

Eletrobras
Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estad.: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR (R$)
0002258-6	311,93
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2018	06/12/2018

Nº da Nota Fiscal: 001836648 FCAH

83650000003 6 11930075000 5 [illegible]

SEQ.: 00262 UC: 0002258-6 DT.LEIT.: 21/11/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 18525 NOVAH: [illegible] TOTAL: 311,93 CARGA: 008

21 NOV. 2019

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA *Ligada em você*

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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	**02/2019**	**25-JAN-19 a 22-FEB-19**
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	**11-MAR-19**	**R$ 229,20**

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

RORAIMA ENERGIA *Ligada em você*

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	**02/2019**	**R$ 229,20**

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052

2 1 NOV. 2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Sousa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Linsay do nascimento Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.825.792 91,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Linsay do nascimento Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.825.792 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: Rua Antônio Pinheiro Galvão		Número: 1832	Complemento:
Bairro: Buritis	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.309-209
E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM			Tel.(DDD): (95)98403.5060

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

21 NOV. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1800989455 01/08/2018 14:20:57 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07 19 31

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO	06/03/1980	38 A 4 M 26 D	708502324941878	82282579291	

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	228785	SP RR	07/06/2000	F	UNIAO ESTAVEL	PARDA	CARACARAI - RR	BRASILEIRA

Mãe: MARIA DAS DORES NASCIMENTO RIBEIRO
Contato: (95) 99158-4411
Endereço: RUA - FOZ DO IGUAÇU - 1048 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | N° da Carteira | Validado | Autorização | Sis Pronatnt

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL
Procedimento Sol.
Registrado por: DANIEL.SILVA

Queixa Principal
( ) Sindrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)
Queda de moto RCC leve
DOR + limitação funcional de ombro D

Exame Físico
BEG LOTEGMA
MV+ S/RA, BNFOA RCR ABD + Pelve indolente

Hipótese Diagnóstica
Trauma de ombro D

SADT - Exames Complementares
( ) RAIO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Dipirona 1g EV		
2) Tilatil 40mg EV		

Tiago Alencar Dias
Médico
CRM-RR 1883

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
2 9 SET. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel à Documentação Original que foi apresentada neste Hospital

Conduta
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( ) Transferência para:
( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta:
Avaliação Ortopedia

óbito
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por daniel.silva
Data Hora 01/08/2018 14:22:10

1800989455

21 NOV. 2019

PREFEITURA DA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO Nº 1124

192

UNIDADE: Bravo I EQUIPE: Jesus / Brasil / Daniel

Paciente: Whitney do Nascimento Ribeiro Idade: 37 Sexo: F

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

Endereço: Av. Ataide Teive Cumbe Bairro: Cumbe

Nº 14.321. DATA 01/08/18 HORA J/9 13:54 BASE (X) VIA ( ) (X) RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dra Cilio HORA J/10 13:54 14:21 ( )CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO: MOTO x BIKE

ACIONAMENTO [X] SOCORRO [X] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO

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

AVALIACAO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na cena do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL
- [ ] Capotamento
- [ ] Atropelamento
- [ ] Colisão AUTO x
- [ ] Motorista
- [ ] Passageiro Banco dianteiro
- [ ] Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE
- [ ] Atropelamento [ ] CICLOVIA
- [ ] VIA [ ] CALÇADA [ ] FAIXA

AUTOMÓVEL
- [ ] Uso do cinto
- [ ] Vítima projetada
- [ ] Vítima encarcerada
- [ ] Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA
- [X] Colisão MOTO X
- [ ] Queda de moto
- [ ] Atropelamento
- [ ] Queda de Bicicleta
- [X] Piloto
- [X] Com capacete
- [ ] Sem capacete
- [ ] Garupa

VIOLÊNCIA
- [ ] FAB
- [ ] FAF
- [ ] Espancamento
- [ ] Violência Doméstica
- [ ] Violência Sexual
- [ ] Tentativa de suicídio
- [ ] Outro

OUTROS
- [ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
- [ ] Queda, Altura aprox.
- [ ] Acidente Doméstico
- [ ] Queimadura Agente
- [ ] Afogamento
- [ ] Agressão p/ animal
- [ ] Outros Fauna

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS
- [ ] Livre
- [ ] Obstrução Parcial
- [ ] Obstrução Total
- [ ] Corpo estranho
- [ ] Edema de Glote
- [X] Outro S/A

VENTILAÇÃO
- [ ] Eupneico
- [ ] Apnéia
- [ ] Dispnéia
- [ ] Bradpnéia
- [ ] Taquipnéia
- [ ] Roncos
- [ ] Sibilos
- [ ] Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO
- [ ] Normocárdico
- [ ] Bradicardico
- [ ] Taquicardico
- [ ] Arritmico
- [ ] Enchimento capilar acima de 2"
- [ ] Ausente
- [ ] Cianose central
- [ ] Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLÓGICA
- [X] AVDN
- [ ] Miose
- [ ] Midríase
- [ ] Anisocaria [ ] D [ ] E
- [ ] Aparentemente Etilizado
- [X] GLASGOW 15

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início 14:05	140x90	74	22	98	—	—		
Fim 14:32	130x80	82	20	99				

AVALIACAO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele
- [X] Corada
- [ ] Quente
- [ ] Pálida
- [ ] Fria
- [ ] Úmida
- [ ] Seca
- [ ] Cianótica

Cabeça
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriação
- [ ] Laceração
- [ ] Hematoma
- [ ] Afundamento
- [ ] Fer. penetrante

Face
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Ferimento ocular
- [ ] Luxação Mandíbula

Pescoço
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Hematoma
- [ ] Desvio da traquéia
- [ ] Enfisema Sub-Cutâneo

Tórax
- [ ] Dor
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Contusão pulmonar
- [ ] Ferida Aspirativa
- [ ] Empalamento

Abdome
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Distendido
- [ ] Em tábua
- [ ] Doloroso
- [ ] Evisceração

Pelve
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [ ] Dor
- [ ] Instabilidade
- [ ] Crepitação

Coluna Dorsal
- [ ] Contusão
- [ ] Hematoma
- [X] Dor
- [ ] Escoriações
- [ ] Crepitação

MMSS
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [ ] Luxações
- [ ] Lacerações
- [ ] Fratura
- [ ] Amputação
- [ ] Crepitação

MMII
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [X] Luxações
- [ ] Lacerações
- [ ] Fratura
- [ ] Amputação
- [ ] Crepitação

OCULAR
- 4 Espontânea
- 3 Ao comando
- 2 À dor
- 1 Sem resposta

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

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

TOTAL

AVALIAÇÃO CARDÍACA
- [X] Ritmo Sinusal
- [ ] Taquicardia
- [ ] Bradicardia
- [ ] Flluter
- [ ] Fibrilação atrial
- [ ] Fibrilação ventricular
- [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA
- [ ] Respiratória
- [ ] Neurológica
- [ ] Psiquiátrica
- [ ] Metabólica
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Aborto
- [X] Digestiva
- [ ] Infecciosa
- [ ] Obstétrica
- [X] Outra Fauna

HISTÓRIA PEGRESSA
- [ ] Diabetes
- [ ] Cardiopatia
- [ ] HAS
- [ ] Alergias
- [ ] Outros
- [ ] Medicação de uso:

GRAVIDADE PRESUMIDA [ ] ILESO [ ] PEQUENA [X] MÉDIA [ ] SEVERA [ ] ÓBITO EVIDENTE

Tiago Mendonça Dias
Médico
CRM-RR 1863
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE
- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa de Atendimento
- [ ] Não se encontrava no local - EVASÃO
- [ ] Recusa de hospitalização
- [ ] Trote
- [ ] Bombeiro no local:

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
- [ ] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] SMTRAN
- [ ] Bombeiro
- [ ] Outros:

RCP
- [ ] Iniciada as: [ ] Término as:
- [ ] RCP com sucesso
- [ ] RCP sem sucesso
- [ ] Obs.

OBSERVAÇÕES

CONFERE COM O ORIGINAL EM 31/08/18

21 NOV. 2019

DESTINO

[ ] Atendido no local
[X] Trauma HGR
[ ] Pronto Atendimento - HGR
[ ] Coronel Mota

[ ] Pol. Cosme e Silva - PCCS
[ ] Hosp. Santo Antônio - HCSA
[ ] HMINSN

[ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
[ ] Hosp. Lotte Íris - HLI
[ ] Outros

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG _____

PERTENCE DO PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO DE RECUSA

[ ] Declaro para os devidos fins que estou **recusando o** ***atendimento pré-hospitalar*** disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

[ ]Declaro para os devidos fins que estou **recusando o** ***transporte para unidade hospitalar*** disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

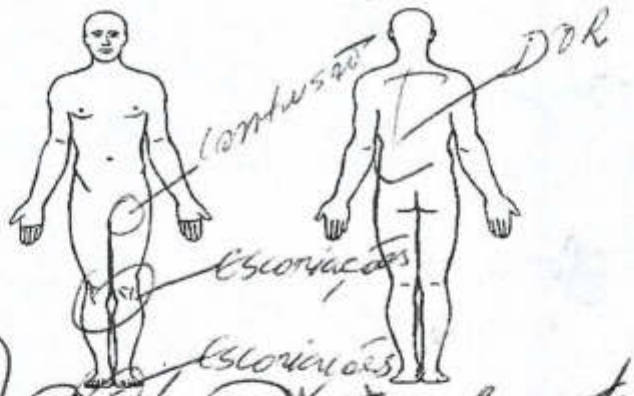
Perda de liquido: _____ BCF: _____

[ ] Com cartão [ ] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

01 - colar cervical
01 - ataduras 12 cm
bandas de gaze.

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	À Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		**Pontos**
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Reposta motora		**Pontos**
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal.	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores, inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



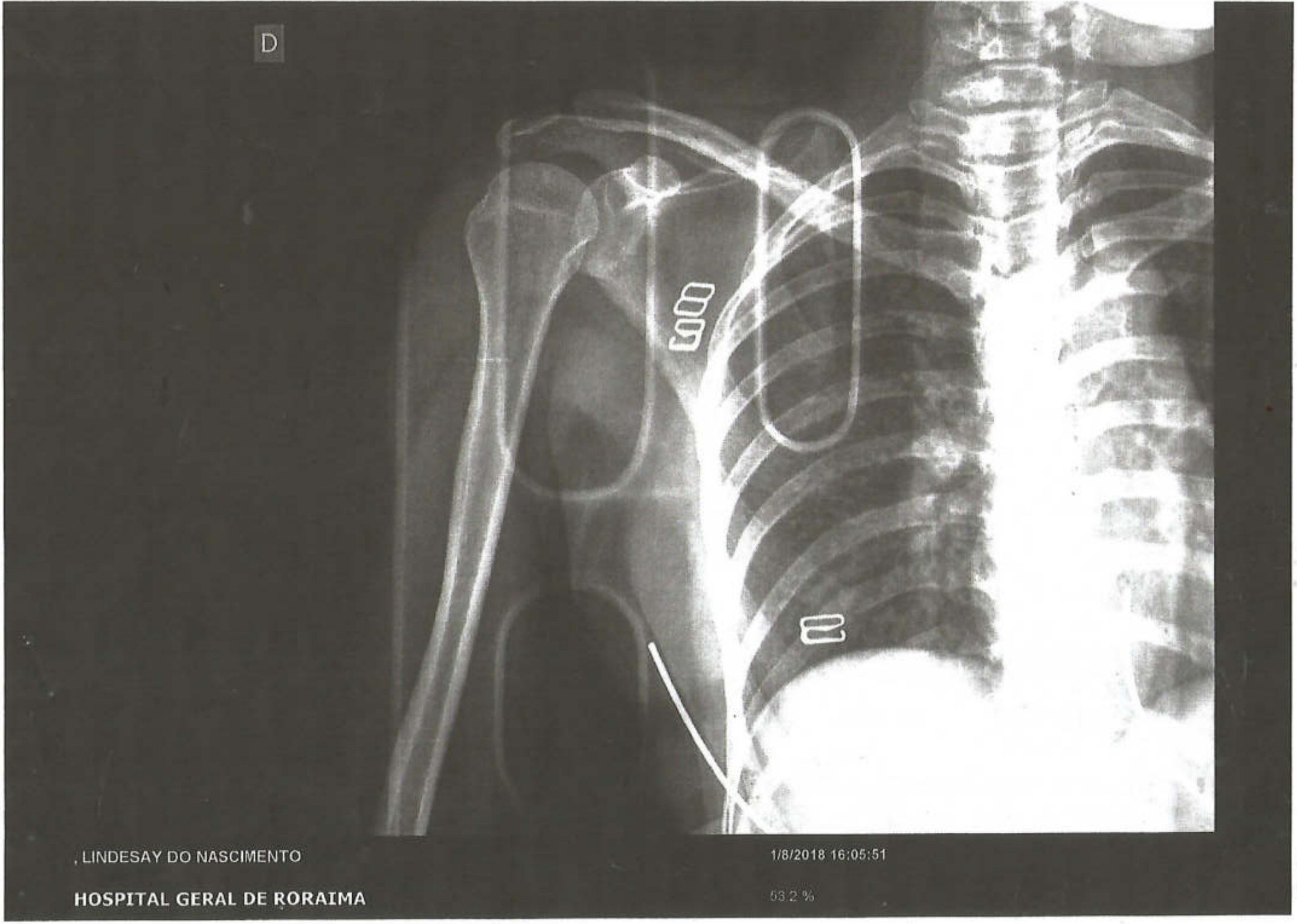
♀ 37 anos - "AA" colisão moto x bike - piloto - encontrada em calçada em DDH sem capacete lúcida ⊕ estabilizada
Relata que foi arrastada por pedestres e que retirou o capacete - apresentando dor na região axial, dor na região cervical, escoriações abrasivas pela face e ombro
Realizado protocolo de trauma com imobilização cervical, informado ao ARI 192 que encaminhou ao HGR p/ avaliação e conduta. Com monitoração contínua e S/A no transporte

ASSINATURA E CARIMBO

JOSÉ BRASIL MARTINHO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM SOCORRISTA
COREN-RR 191

21 NOV. 2019

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 31/08/18


D
, LINDESAY DO NASCIMENTO
1/8/2018 16:05:51
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
53.2 %

21 NOV. 2019

Ag. op. Nº conta dig

3027. 013. 16964-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu Cartão magnético de Poupança

Conta poupança

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 Reclamações, sugestões e elogios.

0800-725 7474 Ouvidoria

0800-726 2492 Atendimento a pessoas com deficiência auditiva

02103/-11

21 NOV. 2019

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional é a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 209.60237.37-7

NÚMERO 0735142 | SÉRIE 002-0 | UF RR

Lindsay N. Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

21 NOV. 2019

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

LOC. DE NASC.: CARACARAÍ - RR | DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1980

FILIAÇÃO: MARIA DAS DORES NASCIMENTO RIBEIRO

DOC. APRESENTADO: R.G. 228785 SESP RR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA | CPF: 822.825.792-91

R.G. 228785

T. ELEITOR: 003190872607 | SEÇÃO: 115 | ZONA: 2

LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR

EMISSÃO: 19/09/2006

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE 03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A

A - CASAMENTO | B - SEP. JUDICIAL | C - DIVÓRCIO | D - ADOÇÃO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA | G - DATA DE NASCIMENTO

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JOSCELENO KUNTSCHIK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN RR/RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

21 NOV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR Nº 013042363146
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 | COD. RENAVAM 00233200770 | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO 2018

NOME: TIAGO LISBOA DA SILVA

RR

CPF/CNPJ 964.410.622-91 | PLACA NAS7439

PLACA ANT / UF | CHASSI 9C2KC1640AR055445

ESPÉCIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLIC. | COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX EX | ANO FAB 2010 | ANO MOD 2010

CAT. CDT / CIL 2P/0149CC/ | CATEGORIA PARTICU | COR PREV. DOMINANTE LARANJA

IPVA: COTA ÚNICA *PAGO* | VENC. COTA ÚNICA *PAGO* | VENC. COTAS 1********* 2******** 3********
PAGAMENTO / COTAS ** PAGO COTA UNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) R$0.7 | PRÊMIO TOTAL (R$) R$105.5 | DATA DO PAGAMENTO 09/08/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO

CONTRAN

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO É DOCUMENTO DE PROPRIEDADE

LOCAL BOA VISTA-RR | DATA 09/08/2018

Autorizado
Diretor Presidente
DETRAN-RR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCUL
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042363146 BILHETE DE SEGURO DPV

2018

964.4 NAS7439

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 | DATA EMISSÃO 09/08/2018

VIA 01 | CPF/CNPJ 964.410.622-91 | PLACA NAS7439

RENAVAM 00233200770 | MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX EX

ANO FAB. 2010 | CAT. TABE | CHASSI 9C2KC1640AR055445

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R$) R$81.29 | DENATRAN (R$) R$9.03 | CUSTO DO SEGURO (R$) R$90.33

CUSTO DO BILHETE (R$) R$4.13 | IOF (R$) R$0.7 | TOTAL DO SEGURO (R$) R$105.5

PAGAMENTO: X COTA ÚNICA | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO 09/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

21 NOV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653012 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653012 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Lindsay do Nascimento Ribeiro
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Comerciario
IDENTIDADE:	228785
ENDEREÇO:	Rua: Fos do iguaçu - 1048, equatorial

OUTORGADO

NOME:	Ilor Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832 - Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01 / 08 / 2018, cobertura Invalidez, vitima: Lindsay do Nascimento Ribeiro.

Boa Vista - RR, 18/11/2019

LOCAL E DATA

Lindsay do Nascimento Ribeiro.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DANIEL AQUINO

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalde Tazer, 4387 - Aeroporto
Fone: (95) 3623-
Reconheco por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO"
Em testemunho da verdade. DBA
Do que dou fé. Boa Vista RR, 18 de novembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalseloft.com.br
RECFIR1562956FSHI5T4WGZ6Q221
Emolumentos:R$ 2.45 Fundos:ISS:R$ 0.55 SELO:R$ 1.50 Total:R$ 4.50

21 NOV. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411996/19

Vítima: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Data do acidente: 01/08/2018

CPF: 822.825.792-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO : 822.825.792-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 22/11/2019	Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO	Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 822.825.792-91	CPF: 413.653.806-53
LINDSAY DO NASCIMENTO RIBEIRO	MANOEL COELHO NETO