

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:
2945504020201230104033

Processo 0831967-86.2020.8.23.0010 ☆ - (14 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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 8	30/12/2020 10:40:33	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776803CONTESTACAO01.pdf Público
8.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776803CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
8.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
7	23/12/2020 10:39:22	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de EVERALDO SILVA MARQUES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/12/2020)	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
[+] 6	17/12/2020 14:22:38	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	15/12/2020 17:33:31	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	15/12/2020 17:33:30	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	15/12/2020 17:33:30	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	15/12/2020 17:33:30	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	15/12/2020 17:33:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08319678620208230010

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 **EVERALDO SILVA MARQUES**, 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 **27/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/01/2020**.

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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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.

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;

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.

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 geral³.

³RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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 vítima⁴.

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.

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 citação⁵.

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 ação⁶

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.

⁴**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.”

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶ **art.**

1º

(...)

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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, 21 de dezembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
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 **EVERALDO**

SILVA MARQUES, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08319678620208230010.

Rio de Janeiro, 21 de dezembro 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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115079

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES

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, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115079

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15648147



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

311.263.162-53

4 - Nome completo da vítima:

EVERALDO SILVA MARQUES

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

5 - Nome completo:

EVERALDO SILVA MARQUES

7 - Profissão:

F. PÚBLICO

8 - Endereço:

R. PROF. MARIA DO C.L. CARVALHO

11 - Bairro:

SILVIO BOTELHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

256

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

SANTANA.CUIMARAS.RA@GMAIL.COM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-493

16 - Tel.(DDD):

(95) 99169-3685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 19.996

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 09/04/2020

EVERALDO SILVA MARQUES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 10:42 Data/Hora Fim: 09/01/2020 11:07
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 27/12/2019 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dr. Silvio Botelho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERALDO SILVA MARQUES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 52 anos

Naturalidade: PA - Santarém

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Anita da Silva Marques

Nome do Pai: Alvino Vieira Marques

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.263.162-53

RG - Carteira de Identidade: 187584

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R N-25

Bairro: Doutor Silvio Botelho

Telefone: (95) 99153-9380 (Celular)

Nº: 256

CEP: 69.314-493

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 311.263.162-53

Renavam 00907019323

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA NXR 150 BROS ESD

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAT 1891

Número do Chassi 9C2KDO3107R010137

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 09/01/2020 11:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

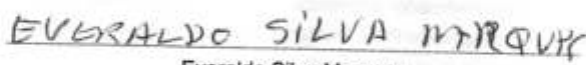
Nome Envolvido	Envolvimentos
Everaldo Silva Marques	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Marca/Modelo HONDA BIZ	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O senhor acima qualificado, compareceu a esta delegacia para nos informar que conduzia sua motocicleta na rua N 21 e que quando o sinal abriu para que ele entrasse na rua S 02, foi atingido pela motocicleta BIZ, conduzida por uma mulher, que chegou a parar, mas logo fugiu do local, por isso ele não sabe o nome e nem lembra a cor da BIZ; que devido o acidente a vítima teve alguns dedos do pé esquerdo fraturados; que a vítima foi socorrido por populares e conduzido ao Trauma do Hospital Geral de Roraima. este é o relato do fato.

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento


Everaldo Silva Marques
(Comunicante)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do seguro ou SEL:

5 - CPF do segurado:

376.263.162-53

4 - Nome completo do segurado:

EVERALDO SILVA MARQUES

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

5 - Nome completo:

EVERALDO SILVA MARQUES

6 - CPF:

376.263.162-53

7 - Profissão:

F: PÚBLICO

8 - Endereço:

R: PROF. MARIA DO C. L. CARVALHO

11 - Bairro:

SILVIO BOTELHO

12 - Cidade:

ASA VISTA

15 - E-mail:

SAOJOAO@GMAIL.COM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

87.341-493

16 - Tel. (DDD):

(95) 99169-3685

17 - Nome do(s) titular(es) do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, constitui comprovante de residência (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$ 7,00 A R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.500,00

☐ R\$ 1.501,00 A R\$ 3.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

21 - ADICIONAIS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INVALIDIZANTE

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO

☒ CONTA POUQUANÇA (Formulário para cobertura de invalidez permanente)

☐ Desconto (237)

☐ INSS (344)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Formulário)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2906

CONTA: 19.996

AGÊNCIA:

CONTA:

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

- ☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a proteção financeira de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada ao IML, apresentando ao IML, o laudo do IML, com a declaração de que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, e que a análise médica presencial, caso necessário, às vezes, conforme o disposto no art. 6º, § 1º, da Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disponível de ser contestada.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com o segurado:

24 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

25 - Grau de Parentesco com o segurado:

26 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

27 - Grau de Parentesco com o segurado:

28 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

29 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

30 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

31 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

32 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

33 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

34 - Víti-ma do segurado (se for o caso):

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a razão):

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a razão):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a razão):

38 - 1º Nome:

39 - 2º Nome:

40 - Local e data: ASA VISTA - RR, 09/04/2020

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Víti-ma/Beneficiário (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0035988-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual 24.007.022-3)
Pula Rápido / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SENAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4208304

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.472 de 26 de abril de 2002. FCM*

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	50	255,90

VERALDO SILVA MARQUES
R. PROF MARIA DO C L CARVALHO 256 - DR. SILVIO BOTELHO
CPF: 00031126316253
CEP: 69.314-493 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 060H	Atual: 12-12-2019	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-2
Anterior: 050H	Anterior: 12-11-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 12-01-2020	Ligação: BIPHASICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 11-12-2019	Número Medidor: 13LDS99786
Consumo medido: 25	Apresentação: 12/12-2019	Forma de Faturamento: MENSAL
Consumo Faturado: 50		Modalidade: R 1420468

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
RELIGACAO	50 A R\$ 0,760131 =	38,00
RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE		11,11
ILUMINACAO PUBLICA		175,26
		31,53

108

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 50 - 0,617770

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

PROVINDO RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 E NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: AVALIAR MÊS
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL Nº 2.634 DE 29.10.2019.
LIGUE 08007019120 E FAÇA O CADASTRO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 11/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

5821.8CD7.8722.61F6.3A30.F683.50D9.8A90

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Força:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA - VALOR
Distribuição:	Tributos:	ICMS:	17,00% 5,46
Transmissão:		PIS:	0,30% 0,11
		COFINS:	1,42% 0,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
BNC			RC			DMC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	DMC
0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,05	
0,00			0,00				
0,00			0,00				
DISTRITO			Período de apuração:			EURO	
			10/12/19			0,00	

ROT: 28.001.26.18.125000



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO

0035988-2

MÊS FATURADO

12/2019

Nº da Nota Fiscal

4208304

TOTAL A PAGAR - R\$

255,90

VENCIMENTO

11/01/2020

FCM*

83610000002 2 55900075000 5 00000000035 6 98821219008 2



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 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 Impresão autorizado pela DEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 4052960

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCM*

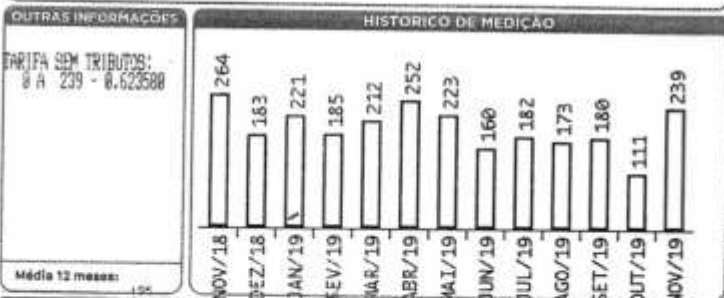
CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	239	213,86

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 26102	Atual: 19/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 25963	Anterior: 21/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 12/12/2019	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 14/11/2019	Número Medidor: 11EDB01138
Consumo medido: 139	Apresentação: 9/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 239		Modalidade: N 1521363

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	239 A R\$ 0,771640 =	184,42
		29,44



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 1.580,14 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 114,37

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVO - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA ORÇAO VENCIMENTO 11/11/19 21 26

RESERVADO AO FISCO								
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$						
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:					
Distribuição: 95,72	Tributos: 0,64	184,42	17,08%					
Transmissão: 43,69	35,37		31,35					
0,00			0,37%					
			0,69					
			0,00					
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DIC91
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Condição	DISTRITO			Período de apuração: 09/12/2019			EURO: 59,05	

ROT: 8.001.16.07.011700



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0032588-0

TOTAL A PAGAR - R\$

213,86

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

11/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4052960

FCAM*

83620000002 1 13860075000 2 000000000032 3 58801119008 3



SEQ.: 0262 UC: 0032588-0 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 26102 NORMAL TOTAL: 213,86 CARGA: 003
DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

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/bibi/lootecaweb/docoriginal.asp?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GERALDO SILVA MARQUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.263.162/53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima GERALDO SILVA MARQUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.263.162/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA GIDEÃO</u>	Número <u>312</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>
Email <u>SANTANA.GIMARAESRR@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>95/99169-3685</u>

BOA VISTA, 10 de MARÇO de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

1901202549 27/12/2019 13:15:17

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

14

Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário		
EVERALDO SILVA MARQUES	27/11/1968		51 A 1 M 0 D	700000568859302	31126316253	00042872		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	187584	SSP/ PA		M		PARDA		BRASILEIRA
Mãe	Pai			Contato				
ANITA DA SILVA MARQUES	ALBINO VIEIRA MARQUES			(95) 99153-9380				
Endereço						Ocupação		
RUA - N-22 - 91 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR						NÃO INFORMADA		

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Pressão
GRANDE TRAUMA	URGÊNCIA				
	DEMANDA ESPONTANEA				
				Registrado por:	
				ANTONIA SOARES	

Queixa Principal ☐ Síndrome 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)

Exame Físico

NOT INFORMED

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☒ Alta a Revelia
☒ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / :

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 27/12/2019 13:16:34



1981-2025

21/11/11 Ortopedia (Dr. Norberto)

paciente vítima acidente de
trânsito com trauma direto
em pé (E) apresentando fx

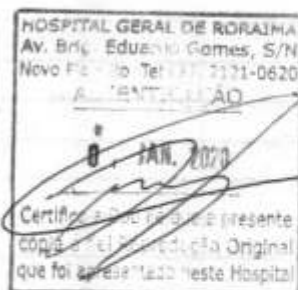
sem base de 2^a, 3^a e 4^a MTF (E)

CS: Imobilização com tala
cessada

Analgesia

DDM 1000g

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2020



ESQUERDO



EVERALDO SILVA MARQUES
51 ano(s) 27-11-1968

27-12-2019 12:36:13
POLICLINICA COSME E SILVA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

DDO-ENTIDADE / COTA EMISSORAE
1148763993 SSP-MA

CPF
627.942.803-68

DATA NASCIMENTO
26/07/1979

PLACAO
NEURIVAN LOPES
GUIMARAES
LUEZIA FEITOSA
GUIMARAES

PERMISSAO
ACC
CATHAR
AB

NUMERO
03412152366

VALIDADE
28/05/2023

HABILITACAO
11/10/2004

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
29/05/2018

ANTONIO FRANCISCO RESENHA BARBOSA
DIRETOR PRESENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

1650874125

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013833282710
VIA COD RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO
01 012907012203 2019

EVERALDO SILVA JACINTES

311.263.162-53
PLACA AN/VF
NAT1891

ESPECIE DE VEICULO
CHASSI

PAB/MOTOCICLETA/VEICULO BILHETE
COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARKA/MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

CAP/PT/CIL
CATEGORIA
PARTICU

2P/0149CC/

COTA UNICA
VENO COTA UNICA

1º *ISENTO*
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DETRAN - RR
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BOB WILSON
DETTRAN - RR

RR Nº 013833282710 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 1284

01 311.263.162-53
DPE / CNPJ
EXERCÍCIO
2019

RENAVAM
DATA EMISSÃO
08/10/2019

MARKA/MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB
DATA
2006

9CEK023107R010137

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$)
DETTRAN (R\$)
R\$4.05
R\$4.01

CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$4.15
R\$4.05

PAGAMENTO
PARCELADO
DATA DE DURAÇÃO
23/05/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
013833282710
63961860

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERALDO SILVA
MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115079 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES **Data do acidente:** 27/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DE METATARSOS (3º AO 5º) DO PÉ ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: EUERALDO SILVA MARQUES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: FUNCIIONARIO PUBLICO RG: 187584 SSP/RR
CPF: 311.263.162-53 ENDEREÇO: R. PROF. MARIA DO C. L. CARVALHO 256
BAIRRO: SILVIO BOTELHO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.314-493

VITIMA: EUERALDO SILVA MARQUES
CPF: 311.263.162-53 DATA DO ACIDENTE: 27-12-2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: MSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº. DO RG: 1.14876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 027.942.503-69
ENDEREÇO: RUA GIDEAO N° 312 BARRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA - RR, 09 de JANEIRO de 2020



EUERALDO SILVA MARQUES
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício
Rua...
171.242.561.734/RR
Res. 01/2019 por VERDADEIRA (M) (S) (M) (S)
EUERALDO SILVA MARQUES
Em testemunho da verdade, LPS
De que dou fé, Boa Vista-RR, 09 de janeiro de 2020
Consulte o(a) selo(s) abaixo em: cidadesportal.com.br
REC/FIR/16829603X00623D4R10C24/

171.242
Ramos...
171.242

Em testemunho da verdade, LPS
De que dou fé, Boa Vista-RR, 09 de janeiro de 2020
Consulte o(a) selo(s) abaixo em: cidadesportal.com.br
REC/FIR/16829603X00623D4R10C24/

Em testemunho da verdade, LPS
De que dou fé, Boa Vista-RR, 09 de janeiro de 2020
Consulte o(a) selo(s) abaixo em: cidadesportal.com.br
REC/FIR/16829603X00623D4R10C24/

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERALDO SILVA MARQUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO