

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:  
2986319220210223095229

Processo 0802392-96.2021.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 9597 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos 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

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 9	23/02/2021 09:52:29	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784759CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784759CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
8	16/02/2021 00:01:29	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA) em 18/02/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/02/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	05/02/2021 17:32:42	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/02/2021)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	04/02/2021 18:42:42	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
5	02/02/2021 14:57:28	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	02/02/2021 14:57:28	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	02/02/2021 14:57:28	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	02/02/2021 14:57:28	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	02/02/2021 14:57:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08023929620218230010

**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 **GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA**, 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 **23/04/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/10/2020**.

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

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

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

#### **DO MÉRITO**

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

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

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

---

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

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

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

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

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/04/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

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

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

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

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

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

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e 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

---

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

<sup>7</sup> art.

1º

(...)

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

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, 19 de fevereiro 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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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 **GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08023929620218230010.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro 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

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

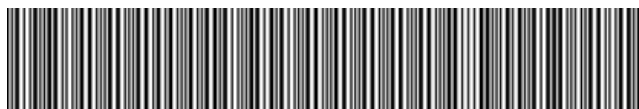
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gleyson Silva de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 740.710.922, 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Gleyson Silva de O

inscrito (a) no CPF sob o Nº 740.710.922, 20 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:

Rua CC 11

Número:

294

Complemento:

Bairro:

Barra Moura Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.318-050

E-mail:

Wfranco992@gmail.com

Tel.(DDD):

99113-3855

Local e Data:

Boa Vista RR 03 de Setembro de 2022

William Gonçalves

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA  
RUA DELMAN VERAS, S/N - PINTOLANDIA

VERDE

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass

23/04/2020 19:27:08

23/04/2020 19:27:08

FICHA DE ATENDIMENTO

CLINICA MEDICA

NOTURNO 19-

47

Paciente

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

06/04/1984

36 A 0 M 17 D

74071092220

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 192371

SSP-RR

M

PARDA

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

Pai

Contato

VERONEIDE SILVA DE OLIVEIRA

SEBASTIAO BAIA DE OLIVEIRA

(95) 99114-2041

Endereço

Ocupação

RUA - JOAQUIM RIBEIRO PERES - 453 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

N° da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

VERDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM

URGÊNCIA

110 x 70

Setor

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

Registrado por:

RECEPÇÃO SPA / URG / E

DEMANDA ESPONTANEA

ANA.NASCIMENTO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

DOR NO BRAÇO

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)

*Naq. Aluno*  
*Queixa de dor no braço - 1º episódio*  
*Trauma em pulso "D"*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

*Trauma*

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*Presc =**[Assinatura]**ORTOPEDIA - PACIENTE REFERE QUEIXA DE DOR NA ALGUMA**HA +/- 1 SEMANA, COM CONCOMITANTE TRAUMA CONTUSO**EX: INSPEÇÃO DE RAIO X ATUAL DIREITO COM COM**MENTO E DESVIO CORRAL*

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 ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

*A CO - TENTATIVA DE RESOLUÇÃO*  
*EX - RESOLUÇÃO DESFEITOSA*



CONFERE CONTROLE

Em 21/08/2020

Ass: Maria Lemos







SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GLEYSON SILVA R OLIVEIRA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

06/04/84

10 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 3

11 - RAÇA/COR

12 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresenta febre alta contida no ponto @.  
Há H- 1 semana (2 semanas?).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História Clínica, Exame Físico, RX.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Febre no ponto, 2100, Rápido/uma criança

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Admissão Hospitalar (Exame RX/Exame Físico)

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/04/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

Em 21/08/2020

Ass: Wagner Fontes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

*Partido Político Brasileiro do Partido Civil*  
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014247063401

VIA - CDD. RENAVAM - ANTRC - EXERCÍCIO  
01 0110371426E

NOME  
SEBASTIÃO DA SILVA DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ - PLACA  
149.748.632-34 - NAV2987

PLACA ANT / UF - CHASSI  
9C2KC2300HR010716

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL  
HONDA/CG 160 START - CARBONÍFCA

MARCA / MODELO - ANO FAB - ANO MOD  
HONDA/CG 160 START - 2016 - 2017

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2970162CC - PARTICU - VERMELHA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COTAS  
1º \*\*\*\*\*  
2º \*\*\*\*\*  
3º \*\*\*\*\*

FAIXA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS  
1º PAGO COTA ÚNICA 28

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
R\$40,00 - R\$4,00 - R\$44,00 - 02/12/2017

OBSERVAÇÃO  
AL. TID. BANCO HO... BIR DA

Assinatura: João Gomes Brant  
Diretor Presidente

LOCAL - DATA  
TRAN-RR - 05/12/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 014247063401 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 1204

EXERCÍCIO - DATA EM  
2017 - 03/12/2017

VIA - CPF / CNPJ - PLACA  
01 149.748.632-34 - NAV2987

RENAVAM - MARCA / MODELO  
0110371426E - HONDA/CG 160 START

ANO FAB - COTAS - Nº CHASSI  
2016 - 2017 - 9C2KC2300HR010716

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO  
R\$36,05 - R\$4,00 - R\$40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - COTA ÚNICA  
R\$4,15 - R\$0,32 - R\$4,47

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA - PARCELADO - 02/12/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 05.248.508/0001-04



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

**Vítima:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

**CPF:** 740.710.922-20

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/04/2020

**Titular do CPF:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA : 740.710.922-20

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](http://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: 15/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200329885 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Gleyson Silva de Oliveira  
NACIONALIDADE: Brazileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Exercício RG: 192371 SSP-RR  
CPF: 740.710.922-20 ENDEREÇO: R. Jerônimo Guirao 760  
BAIRRO: Distrito Kerkira CIDADE: Bela Vista  
CEP: 69.318-748

VÍTIMA: Gleyson Silva de Oliveira  
CPF: 740.710.922-20 DATA DO ACIDENTE: 23-04-20  
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves F. Soares  
NACIONALIDADE: Brazileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo ÓRGÃO EMISSOR: SESP-RR  
Nº DO RG: 239717  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11 295 Loureiro Moreira

### 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, 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.

Bela Vista RR, 08 de Maio de 2020

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

**Número do Sinistro:** 3200329885

**Vítima:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

**CPF:** 740.710.922-20

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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: 16/10/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

**Vítima:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

**CPF:** 740.710.922-20

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/04/2020

**Titular do CPF:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA : 740.710.922-20

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](http://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: 15/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

**Número do Sinistro:** 3200329885

**Vítima:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

**CPF:** 740.710.922-20

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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: 16/10/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



---

**Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462768**

**Vítima: ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELANO GUILHERME GOIS E SILVA**

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

**Senhor(a), ANTONIO ADAMARIO DE MORAIS**

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, 18 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200329885**

**Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 23/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA**

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, contados 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 Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200329885**

**Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 23/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200329885

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000000056086-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (nascidos)? ☐ 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: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 10356/2020 - Registrado em: 04/09/2020 às 00h 14min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 23/04/2020 às 19h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: RUA

Nº: S/N

CEP:

Bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA(36), nascido(a) em 06/04/1984, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de DESEMPREGADO, CPF Nº 740.710.922-20, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de VERONEIDE SILVA DE OLIVEIRA e , endereço: RUA GOVERNADOR JEROCILIO GUEIROS, Nº: 160, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99114-2041.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO 160CC, COR VERMELHA DE PLACA NAV-2987

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA ESTAVA CONDUZINDO MINHA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO 160CC, COR VERMELHA DE PLACA NAV-2987 PELA RUA GOVERNADOR JEROCILIO GUEIROS NO BAIRRO: DR. AYRTON ROCHA MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR, CEP:69318748, QUANDO DE SURPRESA UM CACHORRO CRUZA A FRENTE DA MINHA MOTOCICLETA, AO ATINGIR O ANIMAL E FUI ARREMESSADO AO SOLO, SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, QUE DE IMEDIATO FUI AO HGR PARA SER SOCORRIDO.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000432  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA  
COMUNICANTE





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00031215/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 13/10/2020 14:34:36 Data/Hora Fim: 13/10/2020 14:49:56  
 Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/04/2020 19:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
 Bairro: Dr. Ailton Rocha (Pérola do Rio Branco)  
 Logradouro: Rua governador Jerocílio Gueiros  
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

<b>Nome Civil: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)</b>			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 06/04/1984	Idade: 36
Profissão: Empresário		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Casado(a)		Naturalidade: Boa Vista - RR	
Nome da Mãe: VERONEIDE SILVA DE OLIVEIRA		Nome do Pai: SEBASTIAO BAIA DE OLIVEIRA	

**Documento(s)**

RG: 192371  
 CPF: 740.710.922-20

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: R Gov Jerocílio Gueiros Nº: 160  
 Complemento: CASA  
 Bairro: Dr. Ailton Rocha (Pérola do Rio Branco) CEP: 69.318-748  
 Telefone: (95) 99114-2041 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 149.968.632-34	<b>Placa</b> NAV2987
<b>Renavam</b> 01103714268	<b>Número do Motor</b> KC25E0H010737
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC2500HR010716	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2017/2016
<b>Cor</b> VERMELHA	<b>UF Veículo</b> RR
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 160 START
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 13/08/2020	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031215/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99114-2041, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: QUE no dia 23/04/2020, por volta das 19H:00min da noite, o comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 160 START, cor vermelha de placa NAV-2987; QUE trafegava na rua governador Jerocilio Gueiros no bairro: Dr. Ailton Rocha/RR; QUE nesse momento um cachorro, sai de surpresa para o meio da rua; QUE o comunicante não consegue frear sua motocicleta a tempo e acaba atingindo o animal; QUE o comunicante é arremessado de sua motocicleta, sofrendo diversas fraturas; QUE mesmo fraturado o comunicante conseguiu retornar para sua motocicleta e conduzir até Hospital Cosme e Silva, onde foi realizado os devidos procedimentos médicos (Documentação médica em anexo)

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (13/10/2020) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

## ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assestadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 000.560.866

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (nascidos)? ☐ 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: Belo Horizonte - RR 02 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): GLAYSON SILVA DE OLIVEIRA

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000056086-6

---

Nr. da Autenticação 7230A3E13F36C715



**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Canabê Ene Sene, 681 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-04 - Insc. Estadual: 24.001.202-1  
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série 6-1  
Regime Especial de Imposto de Renda pelo DEFAZ 308/11

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este número



**SEU CÓDIGO**  
**0165899-9**

Nº da Nota Fiscal: 4745862

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 29 de abril de 2002 - FCM\*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2020	01/04/2020	288	220,82

GLEYSÔN SILVA DE OLIVEIRA  
R. GOV JEROCILIO GUEIROS 160 - DR. AIRTON ROCHA  
CEP: 69.318-748 - BOA VISTA  
CPF: 00074071092220

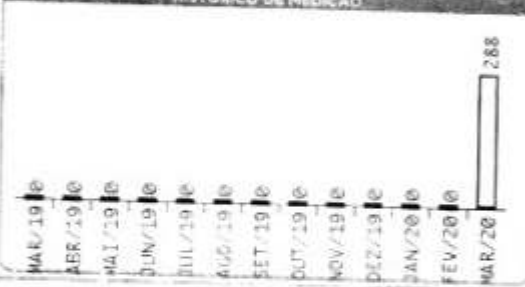
DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual	288	Atual	01-03-2020	Grupo/Subgrupo	111111
Anterior	0	Anterior	25-02-2020	Classe/Subclasse	RESIDENCIAL
Dias de consumo	30	Próxima leitura	29-03-2020	Localidade	BELÉM
Consumo de Multiplicação	1,000	Emissão	25-03-2020	Número Medidor	T00001416
Consumo medido	288	Apresentação	01-03-2020	Forma de Faturamento	V294
Consumo faturado	288			Modicidade	

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	288 a R\$ 0,76425 = 220,15
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 02/20-00	0,01
MULTA POR ATRASO 02/20-00	0,63
JUROS DE MORA DE IMPO 02/20-00	0,03
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

PARCELAS DE PAGAMENTO  
C/P 100 - 01/03/2020

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**



**MENSAGENS IMPORTANTES**  
**REAVISO DE VENCIMENTO**

LISE ANOTAR E FAZ JORNAL VENCIMENTO 01/04/2020  
Parabéns! Até o dia 01/04/2020, não constatamos faltas de energia  
nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO**

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia	119,04	Base de Cálculo	ADMS
Outras	52,14	PS	17,00
Transmissão	0,66	CONSUMO	0,00
			1,72

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
Limite	0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,05
Realizado	0,00			0,00			0,00
PERCESTA							
Período de apuração	01/2020						