

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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros 					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 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					
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.					
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)					
<input type="checkbox"/> 6	04/02/2021 18:42:42	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado		
<input type="checkbox"/> 5	02/02/2021 14:57:28	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 4	02/02/2021 14:57:28	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 3	02/02/2021 14:57:28	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 2	02/02/2021 14:57:28	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 1	02/02/2021 14:57:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a 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 SÍNTSE 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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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;

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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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

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 parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵Súmula 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 citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

⁷art.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 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 GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um 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; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **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

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

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 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. 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 ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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 Lider-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 CC 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:
Saíro:	<u>laura moreira boavista</u>	Cidade:	<u>RR</u>	Estado:
E-mail:	<u>WFranco 992@gmail.com</u>			
	CEP: <u>69.318-050</u>			
	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>			

Local e Data: Boa Vista RR 03 de Setembro de 2022

William Gonçalves

Assinatura do Declarante





Sistema
Ministério
Único de
Saúde
da
Saúde

**LAUDO 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 DA OLIVEIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/04/84

9 - SEXO

Male 1 Fem 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Foram referidos sintomas constante no ponto ①
Há +/- 1 semestre (2008/2009).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

História clínica, exame físico, RX.

Fratura no fôntio, 2100, Raspado e curado

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35-ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

04/2020

PROCEDIMENTO SOLICITADO

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - DBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - CNPJ EMPRESA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

Em 21/08/2020

Ass.: *Maia Fernandes*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADESDETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014247063401
VIA - 01 COD. RENAVAM - 01103714268 ANTRC. - EXERCÍCIO - 2019

01103714268 NOME - SEBASTIÃO SARA DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ - 149.268.632-34 PLACA - NAV2907

PLACA ANT / UF - 9E2KC2500HR010716 CHASSI -

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL - RÁDIO/FM

MARA / MODELO - ANO FAB - ANO MFG

HONDA/CG 160 START ANO FAB - 2016 ANO MFG - 2017

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - PÓRTICO

2P/01620L COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - 1º *PAG08

FAIXA IPVA - PARCEMENTO / COTAS - 2º *PAG08

3º *PAG08 COTA ÚNICA - 28

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

R\$0,00 R\$0,00 R\$0,00 07/12/2019

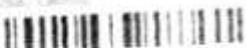
OBSERVAÇÕES -

AL. 0110, SANTO DOMINGO, 00180-000
ATLANTICO, CEARÁ
100 homes Brasil
Dir. Presidente
LOCAL - TRAN-RR

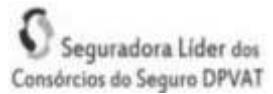
DATA - 05/12/2019

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO 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 1204EXERCÍCIO - DATA EM 05/12/2019
2019 05/12/2019 PLACA - HU1298VIA - 149.268.632-34 RENAVAM - 01103714268 MARCA / MODELO - HONDA/CG 160 START
ANO FAB - 2016 CAT.SAF - Nº CHASSI - 9E2KC2500HR010716PRÉMIO TARIFÁRIO
- FNS (R\$) - R\$36,05 BENATRAN (R\$) - R\$4,01 CUSTO DO SEGURO - R\$40,06
- IOF (R\$) - R\$4,15 - IOF (R\$) - R\$0,32 TOTAL A SER PAGUE - R\$44,38
- PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO - 02/12/2019COTA ÚNICA PARCELADO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259772/20

Vítima: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 740.710.922-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E URNA 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 Silveira de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: serviço autônomo RG: 199371 35P-RR
CPF: 440.910.929-20 ENDEREÇO: R. Jerônimo Guimarães 160
BAIRRO: Centro CIDADE: Belo Horizonte
CEP 69.318-748

VÍTIMA: Gleyson Silveira de Oliveira
CPF: 440.910.929-20 DATA DO ACIDENTE: 23-04-20
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves França
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13-10-16
Nº CPF: 825.396.343-00
ENDEREÇO: Rua CC 11 295 Lauro Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalides, 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.

Belo Horizonte, 08 de Maio de 2020

GLEYSON SILVEIRA 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

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

Rio de Janeiro, 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.**

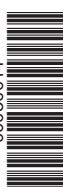
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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:

Boletim de ocorrência	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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

 4 - Nome completo da vítima:
740.710.922-20 Glyson Silveira de Oliveira

5 - Nome completo:

 6 - CPF:
Glyson Silveira de Oliveira

7 - Profissão:

 8 - Endereço:
estudante

9 - Número:

 10 - Complemento:
160

11 - Bairro:

 12 - Cidade:
Boa Vista

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

 16 - Tel. (DDD):
69 318-748

 17 - Tel. (DDD):
99113-3855

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)

22 - 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: *000.56086*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

23 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do Óbito da vítima

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima Sim teve filhos? Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim teve irmãos? Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

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)

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR 02 de Agosto de 2020
Glyson Silva de Oliveira

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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 N°: 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 N° 740.710.922-20, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de VERONEIDE SILVA DE OLIVEIRA e , endereço: RUA GOVERNADOR JEROCILIO GUEIROS, N°: 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 COMPARÉCER 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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. Airton 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)

Nome Civil: GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
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. Airton Rocha (Pérola do Rio Branco)

CEP: 69.318-748

Telefone: (95) 99114-2041 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Jerônimo Gueiros no bairro: Dr. Airton Rocha/RR; QUE nesse momento um cachorro, saiu 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 de origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza
Chefe de Seção
Matrícula 020115684
Responsável pelo Atendimento

GLEYSON SILVA DE OLIVEIRA
Vítima, 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 de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

 4 - Nome completo da vítima:
740.710.922-20 Glyson Silveira de Oliveira

5 - Nome completo:

 6 - CPF:
Glyson Silveira de Oliveira

7 - Profissão:

 8 - Endereço:
estudante

11 - Bairro:

 12 - Cidade:
Autônomo

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

9 - Número:

 10 - Complemento:
160

 14 - CEP:
69.318-748

 16 - Tel. (DDI):
99113-3855

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
 SEM RENDA

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

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

 AGÊNCIA: *0653* CONTA: *000.56086 6*
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do Óbito da vítima

 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima Sim teve filhos? Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim teve irmãos? Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Boa Vista - RR 02 de Agosto de 2020*

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Glyson Silva de Oliveira*

 43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Williams Gonçalves*

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: 00000056086-6

Nr. da Autenticação 7230A3E13F36C715



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Eraldo Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 - Insc. Estadual: 24.001.222-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Nota Fiscal de Impressão Autorizada pelo SEFAZ/RR/01

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0165899-9

Nº da Nota Fiscal: 4745002

A Tarifa Fiscal de Energia Elétrica - TEE foi criada
entre os dias 03/08/2002 e 29/08/2002. FCAm+

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	01/04/2020	288	220,62
GLEYSÓN SILVA DE OLIVEIRA R. GOV JERÔMILIO GUEITROS 160 - DR. AIRTON ROCHA CEP: 69.318-748 - BOA VISTA			
CPF: 00074071892220			
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual: 288	Atual: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 111111	
Anterior: 2	Anterior: 25/02/2020	Classif/Subclassif: RESIDENCIAL	
Dias de consumo: 00	Próxima leitura: 25/04/2020	Lotação: BIFIDA	
Desconto de Multa/Imposto: 0,00	Emissão: 25/03/2020	Número Medidor: 100101416	
Consumo medido: 288	Apresentação: 01/03/2020	Forma de Faturamento: VENC	
Consumo Faturado: 288		Motivado:	
DESCRICAÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	288	A R\$ 0,764425 =	220,15
CORREÇÃO MONETÁRIA 10/02/2020-00			0,01
MULTA POR ATRASO 02/20-00			0,63
DIJOS DE MORA DE IMPÓ 02/20-00			0,03
ILLUMINACAO PÚBLICA			

OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIBUTO SISTEMA
CNPJ: 100-00000002

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÃ

Média: 2 meses



LIGE JANTAR/NOITE 02/2020-00
Parabéns! Para o dia 06/03/2020, seu consumo fatura 0,00 R\$ em
nesssa Unidade Consumidora.

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA LIGA		REFUTAÇÕES/CONTIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	Encargos:			
Distribuição:	11,04 Tributos: 0,72	Base de Ref. Cálculo: 100%	REFUTAÇÕES:	REFUTAÇÕES:
Transmissão:	52,14	100% CDRNS:	0,00	0,00
	3,46		0,00	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
Límite	0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,05
Período	0,00		0,00		0,00	

FÓROESTA - Período de apuração: 01/2020 - R\$0,00