

**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: 2722322620200522154547**

**Processo 0832143-02.2019.8.23.0010  - (226 dia(s) em tramitação)**

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 4847 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Reais</b>					
<b>Realizar Movimentos de:</b> <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 <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
36 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 36					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 36	22/05/2020 15:45:47	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		36.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2657520IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público		
		36.2 Arquivo: Anexo 2 Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2657520IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES) em 15/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 32.		SISTEMA CNJ	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 33.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)		ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (05/05/2020)		ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>	
<input type="checkbox"/> 31	05/05/2020 15:55:15	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 30	13/04/2020 21:59:08	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>		
		<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: Marângela Nasário Andrade habilitado até 08/06/2020 (90 dias)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>		
		<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES</b> Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020)	Johon Emerson de Souza Camilo <b>Advogado</b>		
		<b>JUNTADA DE COMPROVANTE</b> Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 22) em 11/02/2020 - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020). Parte: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES	Graciela Joanicé Pacheco Rodrigues <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 26	19/02/2020 12:12:14	<b>RETORNO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/02/2020 16:14:33). Parte: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES	REGINALDO GOMES DE AZEVEDO <b>Oficial de Justiça</b>		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES) em 17/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 19.		SISTEMA CNJ	
		<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 20.		SISTEMA CNJ	
		<b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</b> Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 22) em 11/02/2020 16:14:33. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: REGINALDO GOMES DE AZEVEDO. Parte: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES	Greiciane Jin <b>Servidora Central de Mandados</b>		
<input type="checkbox"/> 22	11/02/2020 16:14:33	<b>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</b> Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(06/02/2020 11:26:10). Natureza: Intimação. Parte: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES. Identificador do Cumprimento: 0001	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 07/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 20.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 18	06/02/2020 11:26:10	<b>JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO</b>	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>		
<input type="checkbox"/> 17	27/01/2020 16:46:47	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (25/11/2019)	Johon Emerson de Souza Camilo <b>Advogado</b>		
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES) em 05/12/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 14) JUNTADA DE CERTIDÃO (25/11/2019) e ao evento de expedição seq. 15.	SISTEMA CNJ		
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>	Graciela Joanicé Pacheco Rodrigues		



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>ª</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08321430220198230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo placa **NAM3301**, de propriedade da parte autora.

Ocorre que o autor, não pagou o prêmio do seguro, estando o veículo em situação irregular pelo não pagamento do seguro obrigatório à época do sinistro.

Assim, tratando-se o requerente do proprietário do veículo que ensejou a lesão, não tendo este comprovado o pagamento do prêmio, não tem direito à cobertura securitária.

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Assim, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

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



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilmar Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edesio dos Santos Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.132.132 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edesio dos Santos Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.132.132 / 20, conforme Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve ser determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

**24 JUN. 2019**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	Praça: Antônio Pinheiro Galvão	Número	1832	Complemento
Bairro	Buritis	Cidade	Boa Vista	Estado
Email	Ilmar@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	(95)99154-4282	Telefone celular (DDD)

Boa Vista - RR, de junho de 2019

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PRAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1º Classificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

110  
111

24 JUN. 2019

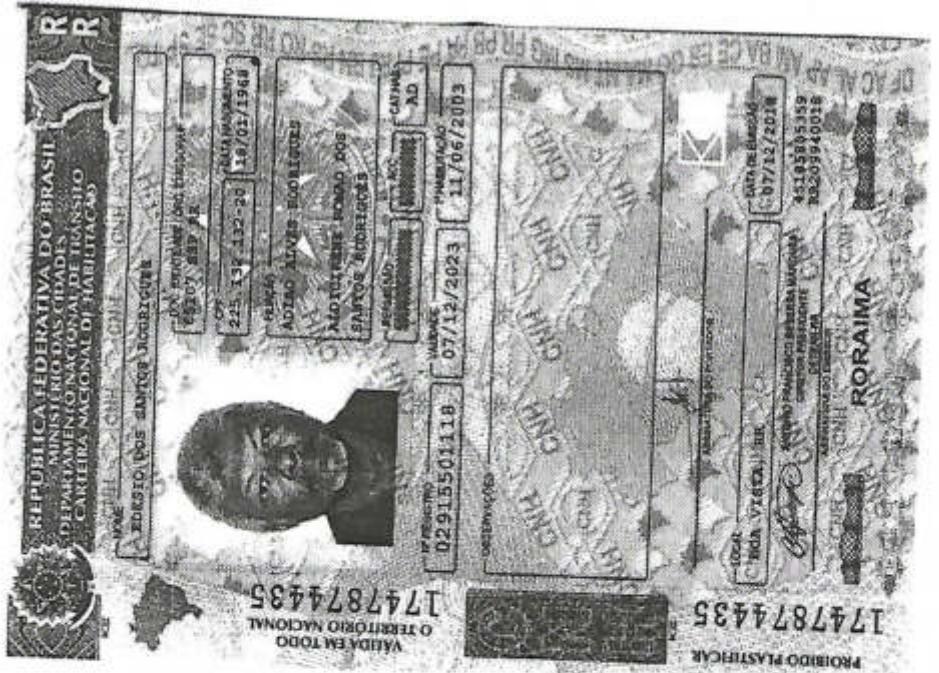


1901083422

Paciente com fratura em 1/3 distal da Tibia

24 JUN. 2019





24 JUN. 2019

24 JUN. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. ISSASSORUF  
114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

PLACAR: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

OMIRIA INACIO DE  
OLIVEIRA

PERMISSÃO: ADC CAT/AB: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

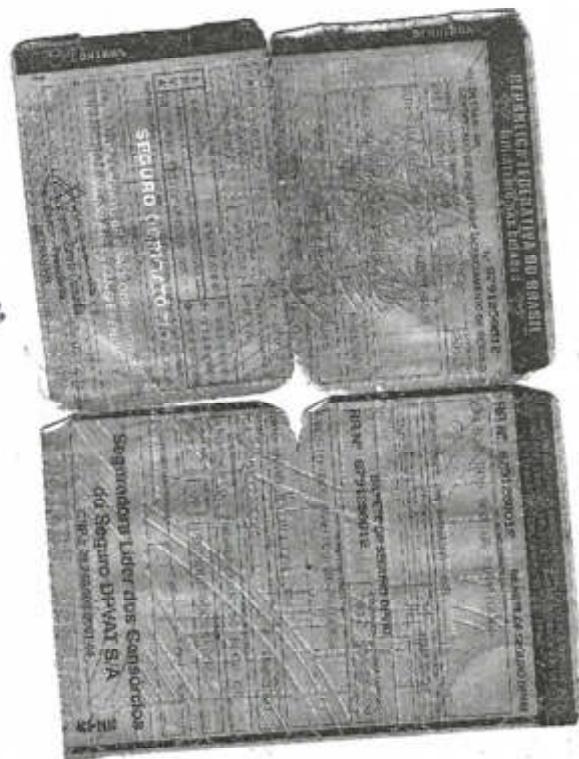
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

ABNOMINAÇÃO DO PORTADOR:  
BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO:  
30/01/2015  
JUSCELINO Ribeiro PEREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE  
ABNOMINAÇÃO DO EMISSOR:  
DETTRAN-RR (RORAIMA)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190394125      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES      **Data do acidente:** 12/03/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	<i>Edenio dos Santos Rodrigues</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>funcário administrativo</i>
IDENTIDADE:	<i>65107 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. São Vicente 671</i>

### OUTORGADO

NOME:	<i>Leônida Trajano de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>Advogado</i>
IDENTIDADE:	<i>114.807 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Antônio p. Gólvão 1837</i>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12/03/2019, cobertura 73 milhão, vítima: Edenio dos Santos Rodrigues.

Bacuete (5-04-19)



LOCAL E DATA

24 JUN. 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL AQUINO**  
104414.5cc0681906818  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"EDENIO DOS SANTOS RODRIGUES"

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Antônio Taiva, 4397 - Boa Vista - RR  
Fone: (65) 3627-4136  
26100-000/cartorioaquino.com.br

Em testemunho da verdade. SSP  
De que dou fô. Boa Vista/RR, 24 de abril de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portalsejor.com.br](http://cidadao.portalsejor.com.br)  
RECFIR16529509PX2SLGBG66187/

104.414  
Tânia Oliveira de Aquino  
Escrivente Autorizada

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212337/19

**Vítima:** EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

**CPF:** 225.132.132-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/03/2019

**Titular do CPF:** EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES : 225.132.132-20

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/06/2019  
Nome: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES  
CPF: 225.132.132-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES

MANOEL COELHO NETO

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

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190394125**

**Vítima: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES**

**Data do Acidente: 12/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES**

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](http://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, 04 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394125**

**Vítima: EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES**

**Data do Acidente: 12/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES**

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:  
225.132.132-20

Nome completo da vítima:  
Edesio dos Santos Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA BENEFICIÁRIA / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO. (CIRCULAR SUPERINTENDÊNCIA FEDERAL DE 2012)

Nome completo:

Edesio dos Santos Rodrigues

CPF:  
225.132.132-20

Profissão:

aux. administrativo

Endereço:

Rua: São Vicente

Número:

671

Bairro:

cinturão verde

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

65.300-000

E-mail:

EDOERR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

(65)99154-4282

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caba Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 136854

3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 é dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o débito total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMPLIMENTO (SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE UM OU BEMÉFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOBRETELA PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós/viúvos?  Sim  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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR  
Nome: Edesio dos Santos Rodrigues  
CPF: 225.132.132-20

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

24 JUN. 2013

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléia do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PRAR / PSF  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1º Classificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

110  
111

1901083422		12/03/2019 16:51:18		FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		40
Paciente <b>EDESIO DOS SANTOS RODRIGUES</b>		Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo <b>M</b>	Data Nascimento <b>18/01/1968</b>	Idade <b>51 A 1 M 25 D</b>	CNS	CPF <b>22513213220</b>	Prontuário
Mãe <b>ADICIRENE ROMAO DOS SANTOS RODRIGUES</b>		Endereço							Nacionalidade	<b>BRASILEIRA</b>	
Endereço <b>RUA -- SN -- BOA VISTA - RR</b>									Contato		
									Ocupação		
Class. de Risco		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>			Nº da Carteira		Validade		Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>			Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	Peso	Pressão
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>		Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTÂNEA</b>					Procedimento Sol.			Registrado por: <b>MICHELE.CAVALCANTE</b>	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <p><b>"Dor em Membro Inferior Direito"</b></p>									
Anamnese de Enfermagem								<b>GSC</b>	TOTAL		
								AO: 12 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6	<b>15</b>
<p>Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:51) 1) Trazido pelo SAMU          Paciente afirma colisão moto - carro há ± 1h. Fez retirada do capacete no local do acidente. Afirmava dor em MID, sem irradiação, <del>consiste</del> apresentava escoriações pelo corpo.</p> <p>Exame Físico          A - VAP, vaso car. color cervical, prancha rígida. B - MVT, tórax expansível e simétrico C - FC = 90 bpm, saturando em ar ambiente PA (não aferida por falta de ap.), D - sem outros sinais de choque. D - ECG = 15 puls/les isocônicas. Hipotensão arterial, sem diminuição de força muscular nos MMSS e PIMI. E - apresenta escoriações em MSD, MID</p>											
<p>SADT - Exames Complementares  <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>											
<p><b>PRESCRIÇÃO</b></p> <p>① Zípirona 1g EV          → Frente 2x 1/2 Dose da vez</p>						<p><b>APRAZAMENTO</b></p> <p>Dr. Claudio L. M. Geral Cirurgião Geral CRM/RR 1417</p>		<p><b>OBSERVAÇÃO</b></p> <p>12 ADP, 2019</p> <p><i>Sheller</i></p>			
<p><b>Conduta</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica  <input type="checkbox"/> Alta a Pedido  <input type="checkbox"/> Alta a Revelia  <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>Ortopedia</b></p>				<p><input type="checkbox"/> Ambulatório  <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)  <input type="checkbox"/> Internação</p>		<p>Data e Hora da Saida/Alta: / /</p>					
<p><b>Óbito</b>          Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>		<p>Destino: <input type="checkbox"/> Família</p>		<p><input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica</p>		<p><i>Sheller</i></p>					
<p><b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b></p> <p>Impresso por: <b>michele.cavalcante</b>          Data Hora: 12/03/2019 16:51:51</p>		<p><b>Carimbo e Assinatura do Médico</b></p> <p><b>24 JUN. 2019</b></p>									

24 JUN. 2019



1901083422

Paciente com fratura em 1/3 distal da Tibia

24 JUN. 2019





BORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCÉZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

Unidade Consumidora  
423939  
Endereço  
R. SÃO VICENTE, 671 - CINTURÃO VERDE

Nome do Cliente

Nº de Faturamento	Data de Vencimento	Valor	Situação
05/2019	11-JUN-19	R\$ 157,12	PAGO
04/2019	11-MAY-19	R\$ 182,36	PAGO
03/2019	11-APR-19	R\$ 97,21	PAGO
02/2019	11-MAR-19	R\$ 104,67	PAGO
01/2019	11-FEB-19	R\$ 63,35	PAGO
12/2018	11-JAN-19	R\$ 90,54	PAGO
11/2018	11-DEC-18	R\$ 107,95	PAGO
10/2018	11-NOV-18	R\$ 91,17	PAGO
09/2018	11-OCT-18	R\$ 74,45	PAGO
08/2018	11-SEP-18	R\$ 66,43	PAGO
07/2018	11-AUG-18	R\$ 65,39	PAGO
06/2018	11-JUL-18	R\$ 71,00	PAGO
05/2018	11-JUN-18	R\$ 100,00	PAGO

24 JUN. 2010



RORAIMA ENERGIA  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA  
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 2419388

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2  
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 02/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh) 237	VENCIMENTO 11-MAR-19	TOTAL A PAGAR R\$ 229,20
<b>24 JUN. 2019</b>		OBSERVAÇÕES