

## 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:**  
2625333420200205173220

### Processo 0802245-07.2020.8.23.0010 - (12 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)																
<b>Realces</b>																					
<b>Realçar</b> <b>Movimentos</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</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"/>																					
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10																					
500 por pág. <b>1</b>																					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																		
<input type="checkbox"/> 10	05/02/2020 17:32:20	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>																		
<table border="1"> <tr> <td>10.1 Arquivo: Peticão</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td> 2690482CONTESTACAO001.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>10.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td> 2690482CONTESTACAOAnexo021.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>10.3 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td> 2690482CONTESTACAOAnexo022.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>10.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td> KITSEGURADORALIDER.pdf</td><td>Público</td></tr> </table>						10.1 Arquivo: Peticão	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482CONTESTACAO001.pdf	Público	10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482CONTESTACAOAnexo021.pdf	Público	10.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482CONTESTACAOAnexo022.pdf	Público	10.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
10.1 Arquivo: Peticão	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482CONTESTACAO001.pdf	Público																		
10.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482CONTESTACAOAnexo021.pdf	Público																		
10.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690482CONTESTACAOAnexo022.pdf	Público																		
10.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público																		
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020) e ao evento de expedição seq. 8.																					
<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. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020)																					
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de RONALDO SILVA SANTOS (nome civil RONALDO SILVA SANTOS) com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2020)																					
<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b> <b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b> <b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> <b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 4ª Vara Cível																					
<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b> PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>																					



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

**Processo:** 08022450720208230010

**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 **RONALDO SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/11/2019**.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

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

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

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

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

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

## DO MÉRITO

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

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

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

---

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

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

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

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 incontrovertido 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\$ 1687,50 após a regulação do sinistro.

**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:

17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: RONALDO SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000014196-3

---

Nr. da Autenticação E6A860C2EDC525D3

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-la 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), 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.

#### **DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL**

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslindem da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência a capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

**“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.**

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

**“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDINIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA**

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização , imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>4</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>5</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>6</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

<sup>4</sup> "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>5</sup> "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

<sup>6</sup> art. 1º. (...)

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

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

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, 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 Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

Para fins do 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, 29 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/RR 451-A**

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

**TABELA DE GRAAÇÃO**

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; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RONALDO SILVA SANTOS**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08022450720208230010.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2020.



**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A**

**FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629**

**JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522**

**JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819**

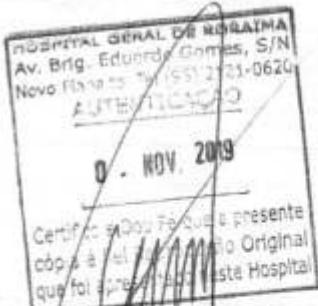


1901172586	11/10/2019 09:15:53	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATÓLOGIA			DIURNO 07-19	10				
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário				
<b>RONALDO SILVA SANTOS</b>		05/05/1981	38 A 5 M 6 D		71011897253					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor				
IDENTIDADE	221639	SSP/RR	01/09/2009	M	SOLTEIRO(APARDA)	IMPERATRIZ - MA				
Mãe				Pai		Nacionalidade				
<b>MARIA ODETE SILVA SANTOS</b>				FRANCISCO TAVEIRA DOS SANTOS F	(95) 99167-5989	BRASILEIRA				
Endereço						Ocupação				
RUA - RIO GRANDE DO NORTE - 774 - ESTADOS - BOA VISTA - RR										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal					
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>										
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão				
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>									
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:					
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>TRANSPORTADO POR TER</b>				<b>ERBEJONE.SIMPILICIO</b>					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
<b>Anamnese de Enfermagem</b> <table border="1" style="float: right; margin-right: 10px;"> <tr> <td>GSC</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</td> <td></td> </tr> </table>							GSC	TOTAL	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
GSC	TOTAL									
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456										
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)										
Trauma contuso no ombro e cotovelo (d) dia acidente com motocicleta (sic)										
Exame Físico										
Hipótese Diagnóstica										
SADT - Exames Complementares										
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECO/ESPIROMETRIA DE RORAIMA AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N										
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO					
				11.10.2019	Certifico que o paciente está presente cópia do RAIOS-X no Arquivo Original que foi apresentado neste Hospital					
Conduta										
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>										
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____ / ____ / ____ : ____ : ____										
Óbito										
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____ / ____ / ____ : ____										
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico						
Impressão por: erbejone.simplicio Data/Hora: 11/10/2019 09:16:42				Dr. Elder Soares Ortopedia e Traumatologia CRM: 1828/PR						
 GIVAGO Henrique R. da Silva Sp. ORCON - Médico CRM: 1828/PR				1901172586						

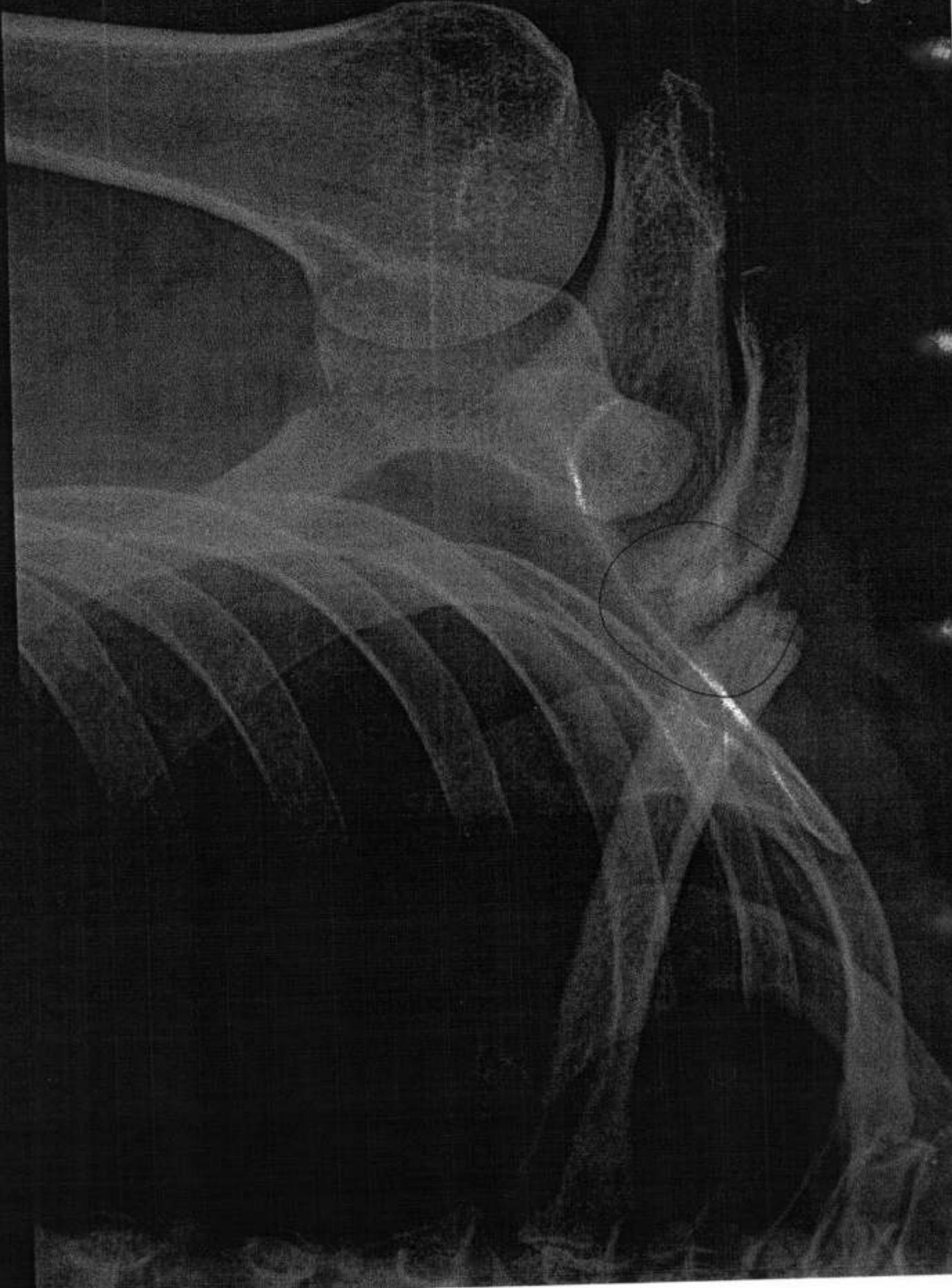
Vitor P.

~~Fit Cloréniul D~~

~~- CD mestrado~~



D



RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2019

Cloudcaldo

121.3 %

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS  
HGR-1218390794  
OMIRO  
10/11/2019  
10:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operador HXRÁIOX/Usuário  
- kV, - mAs  
200m 100%

D



510 mm

L 128  
W 253

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMBRO

10/11/2019

10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NORAI0X/usuario

- KV - mAs

Zoom 100%



510 mm

L 128

W 250

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMURO

10/11/2019

10:20 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NXRADIO/Usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



D|



SID mm

L 128

W 216



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOME: Rauldo Sílvia Góis

RECEITURA

Município

Paciente com fratura de clavícula  
de unha (CID: 862.0) há 26 dias um  
fusos unha comodoro com síndrome  
quimio. Ucunha da (dizimosa) dia  
at. aberto unha de unha obturado deslocada  
cautar sua data

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

DATA 06/11/11

Assinatura a Caneta

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL NOTA  
Rua Coronel Nota, 826 - Centro das Vila RM  
CEP: 69.001-150 - CNPJ 14.013.465/0001-00

Bando Médico

Ronaldo Lira Santos, C.I 221639 SSP-RR, vítima de acidente de moto, conforme ficha de atendimentos 1903172586 - de 11/10/2019 do P.S. Francisco Estrelas.

Exame Radiológico da clavícula direita revelou opacificação tróxica óssea, sendo realizado tratamento conservador. Recuperação evoluíu com desprendimento dos consolódicos e encurtamento da clavícula direita, apresentando limitações para mobilidade (elraços, abduções e rotações) do membro superior direito, além de redução de força em cerca de 40%.

Conclusão: sequelas funcionais permanentes de membro superior direito.

Boa Vista, 03/01/2020

Dr. Francisco F. Farias  
CRM: 365-RR



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		DATA DE EMISSÃO:
REGISTRO GERAL	357035-5	28/01/2016
NOME:		NATURALIDADE:
RATIMUNDO MONATO SILVA		VARGEM GRANDE - MA
FILIAÇÃO:		DOC. CRESCEM:
		CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43
		VARGEM GRANDE-MA
		OFF:
		475-628-463-91
		3 VIA
		
		LEI Nº 7.116 DE 28/08/83







VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

Nº REGISTRO 357035-5

DATA DE EMISSAO 28/01/2016

RAMON NONATO SILVA

FOTO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NASCIMENTO

VARGEM GRANDE - MA

CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF 475.628.463-91

3 VIA

AMANDA ROCHEA VIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P 7

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - RR** **Nº 011486468912**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
VIA COB. RENAVAM FNTRC EXERCÍCIO  
01 00595728251 2015

NOME

EDUARDO HATEUS LEONET

PR

CPF / CNPJ	PLACA	
024.335.702-80	NAY2849	
PLACA ANTERIOR	CHASSI	
MAY2849	RR 9C2KC1680ER492475	
ESPECIE / TIPO	COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA / NAI / SPLT	ALCOOL / GASOL	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	
HONDA / CG150 FAN ESDI	2015	
CAP / POT / CL	CATEGORIA	
2P / 0149CC	PARTICULAR	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / QTDAS
I * PAGO *	* PAGO *	1*****
V FAIXA LPV A.	PARCELAMENTO / QTDAS	2*****
A ** PAGO COTA ÚNICA		3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) CPT (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$129.04 R\$14.34 R\$143.38 28/06/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
AL.FID. ADH. SEGURO NACIONAL HONDA LTD.  
PROIB. SAIR DA AMAZÔNIA  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA  
BOA VISTA - RR 28/06/2014

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

**RR Nº 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
024.335.702-80  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO MERCADO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatSEgurodotransito.com.br](http://www.dpvatSEgurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	024.335.702-80	NAY2849
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00595728251	HONDA / CG150 FAN ESDI	
ANO FAB.	CHASSI	
2015	9C2KC1680ER492475	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>		
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04	R\$14.34	R\$143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4.15	R\$1.11	R\$292.01
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE OUTAÇÃO		
28/06/2016		

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.SeguradoraLider.com.br](http://www.SeguradoraLider.com.br)

MM 2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR N° 011486468912  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA REAVAM FABRIC EXERCÍCIO  
01 00595728251 2015

NOME:  
EDUARDO MATEUS LEONEL  
PR

CPF / CNPJ: 024.335.702-80 PLACA: NAY2869

PLACA ANTOUF: NAY2869 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA / NÃO APPLT COMBUSTIVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI VENDA: 01 ANO MOD.: 2014

CAP / POT / CIL: 2P / 0149CC / CATEGORIA: PARTICU COR PRIMORDIANTE: PRETA

I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / OCTAS
P	*PAGO	X PAGO	1*****
V	FAIXA LEVA	FAZIMENTO DE OCTAS	2*****
A	** PAGO COTA UNICA		3*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 101,00 PREMIO TOTAL (R\$) 101,00 DATA DE PAGAMENTO 28/06/2016

**SEGURADO OBRIGATÓRIO**

OBSERVAÇÕES:

AL.FID. ADV.SVE. OBTIN. NACIONAL HONDA LTD \*  
LOCUMPE Y DE PENT. OBRIGATÓRIO  
PROIB. SAÍD. DA MÍAZ. OCTO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: BOA VISTA-RR DATA: 28/06/2014

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

RR N° 011486468912 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatSEguradotransito.com.br](http://www.dpvatSEguradotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMSSÃO: 28/06/2016

VIA: 024.335.702-80 CPF / CNPJ: NAY2869

REAVAM: 00595728251 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.: 2013 CAT.TABE.: NP CHASSI: 9C2KC1680ER492475

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

ENF (R\$) 129,04 DEMATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO:  COTA UNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 28/06/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.SeguradoraLider.com.br](http://www.SeguradoraLider.com.br)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**CPF:** 710.118.972-53

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Titular do CPF:** RONALDO SILVA SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200006673      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS      **Data do acidente:** 11/10/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200006673      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS      **Data do acidente:** 11/10/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: RONALDO SILVA SANTOS Data do acidente: 11/10/2019 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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

Data da análise: 08/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200006673 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: RONALDO SILVA SANTOS Data do acidente: 11/10/2019 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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

Data da análise: 08/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@(P8)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORANTE:

NOME: Ronaldo Silva Santos  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
 RG: 321639 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
RUA 07 DE SETEMBRO CPF: 710.118.972-53 PROFISSÃO: ENDEREÇO: RUA/AV,  
 BAIRRO: ALVORADA N.º 181  
 CEP 69317-188 CIDADE: BOA VISTA /RR

VÍTIMA: Ronaldo Silva Santos  
 CPF: 710.118.972-53 DATA DO ACIDENTE: / /  
 NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

## OUTORADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 PROFISSÃO:  
 Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
 Nº CPF: 475.628.463-91  
 ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Imovel, 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.



Bon Vista, 07 de Novembro de 2016

Ronaldo Silva Santos  
 Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Ronaldo Silva Santos  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
RG: 221639 CPF: 710.118.972-53 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
RUA: 07 de Setembro N° 181 ENDEREÇO: RUA/AV,  
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Bon Vista /RR  
CEP 69319-188

VITIMA: Ronaldo Silva Santos  
CPF: 710.118.972-53 DATA DO ACIDENTE: / /  
NATUREZA: ( ) DAMS ( ) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO:  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº CPF: 475.628.463-91  
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Imovelz, 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.



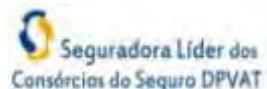
Bon Vista, 07 de novembro de 2019

Ronaldo Silva Santos  
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006036/20

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**CPF:** 710.118.972-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Titular do CPF:** RONALDO SILVA SANTOS

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

\_\_\_\_\_  
RAIMUNDO NONATO SILVA

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416950/19

**Vítima:** RONALDO SILVA SANTOS

**CPF:** 710.118.972-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/10/2019

**Titular do CPF:** RONALDO SILVA SANTOS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### RONALDO SILVA SANTOS : 710.118.972-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200006673  
Nome do(a) Examinado(a): Ronaldo Silva Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): 99114-4021, 181 Casa  
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-188  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RR ] 221639  
Data local do acidente: [ 11/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 13/01/2020 ] BOA VISTA [ RR ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA CLAVÍCULA D**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: VITIMA FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 40 DIAS; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019**

**Complicações: OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**

**Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim      ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim      ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**OMBRO D: PRESENÇA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII.(\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho  
CPF - 378.315.502-91  
CRM/RR - 1032

*Reboucas*  
Dra. Regina Claudia R. M. Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
ROE: 177

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, 08 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200006673**      **Vítima: RONALDO SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 11/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

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

**Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS**

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, 08 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200006673**      **Vítima: RONALDO SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 11/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200006673      Vítima: RONALDO SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 11/10/2019      Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RONALDO SILVA SANTOS**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: RONALDO SILVA SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003906**

**Conta: 000000014196-3**

**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.

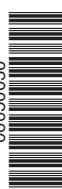
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

710.118.972-53

4 - Nome completo da vítima:

Ronaldo Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ronaldo Silva Santos

6 - CPF:

710.118.972-53

7 - Profissão:

Recluso

8 - Endereço:

RUA 07 de Setembro

9 - Número:

16

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Alvorada

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317.108

15 - E-mail:

monica.silva.638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 991194021

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 BANCARIOS:

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: 3906

CONTA: 00014196 3

(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)

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 teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vainascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, à indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

ESTOU DE  
CONHECIMENTO  
QUE A VÍTIMA  
É BENEFICIÁRIO  
NÃO ALFABETIZADO

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Vista 15/11/19

\* Ronaldo Silva

Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Raimundo Nonato Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **710.110.972-53** 4 - Nome completo da vítima: **Ronaldo Silveira Santos**

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

5 - Nome completo: <b>Ronaldo Silveira Santos</b>		6 - CPF: <b>710.110.972-53</b>
7 - Profissão: <b>Recepcionista</b>	8 - Endereço: <b>Rua 07 de Setembro</b>	9 - Número: <b>161</b> 10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>Alvorada</b>	12 - Cidade: <b>Bon Vista</b>	13 - Estado: <b>RR</b> 14 - CEP: <b>69.317-108</b>
15 - E-mail: <b>RonaldoSilva638@gmail.com</b>		16 - Tel. (DDO): <b>(951) 991144021</b>

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCARIOS:		
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <b>3706</b>	CONTA: <b>00014196</b>	3
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____		

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>	
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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.	
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.	

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 <small>Indicar se a vítima era beneficiário não alfabetizado</small>	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Bon Vista 03/10/2020**

\* **Ronaldo Silveira Santos**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)  
**Raimundo Nonato Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19 Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42  
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/11/2019  
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Equatorial

Logradouro: Dos Garimpeiros

Complemento: Cruzamento com à Rua Santa Maria

Ponto de Referência: Supermercado Gavião

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Veículo

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Imperatriz Sexo: Masculino Nasc: 05/05/1981  
Profissão: Repositor Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: 07 de Setembro Nº: 181  
Complemento: Apartamento  
Bairro: Alvorada  
Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 024.335.702-80	Placa NAY-2869
Renavam 00595728251	Número do Motor KC16E8E492475
Número do Chassi 9C2KC1680ER492475	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Ronaldo Silva Santos	Possuidor		
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

*[Large handwritten signature of Jefferson Inacio Araujo]*  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 0420009708  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

*[Handwritten signature of Ronaldo Silva Santos]*  
Ronaldo Silva Santos  
(Envolvido / 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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunista e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 039308/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 11:19 Data/Hora Fim: 07/11/2019 11:42  
 Origem: Policia Judiciária Data: 07/11/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/10/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
 Logradouro: Dos Garimpeiros  
 Complemento: Cruzamento com à Rua Santa Maria  
 Ponto de Referência: Supermercado Gavião  
 Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Equatorial

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: RONALDO SILVA SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Imperatriz	Sexo: Masculino	Nasc: 05/05/1981
Profissão: Repórter		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Odete Silva Santos		Nome do Pai: Francisco Taveira dos Santos Filho	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 710.118.972-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: Rua: 07 de Setembro  
 Complemento: Apartamento  
 Bairro: Alvorada  
 Telefone: (95) 99167-5989 (Celular)

Nº: 181

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

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

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 024.335.702-80	Placa NAY-2869
Renavam 00595728251	Número do Motor KC16E8E492475
Número do Chassi 9C2KC1680ER492475	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039308/2019

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI			
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não			
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido			
Nome Envolvido	Envolvimentos					
Ronaldo Silva Santos	Possuidor					
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon			
Veículo Adulterado?		Quantidade	1 Unidade			
Situação		Meio Empregado				
Nome Envolvido	Envolvimentos					
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor					

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 04742509879), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta devidamente descrita acima e que está em nome de EDUARDO MATEUS LEONEL. Que em referido cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu sua preferencial e ocasionou à colisão, não sabendo informar as características identificadoras, apenas que se tratava de CHEVROLET/CORSA, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

*[Large handwritten signature of Jefferson Inacio Araujo]*  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

*[Handwritten signature of Ronaldo Silva Santos]*  
Ronaldo Silva Santos  
(Envolvido / 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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Coluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime no de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Localização da cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número da ASL

1 - CEP:

Número do endereço:

Ronaldo Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FINANCIÁRIAS PESSOAL, FÍSICA / PATRIMÔNIO / REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

3 - Nome completo:

4 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Rua:

10 - Bairro:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - CEP:

14 - CPF:

15 - Telefone:

16 - Telexout:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Ofício ou Representante Legal:

19 - Declara, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - REMUNERAMENTO TRIBUTARIA DA CONTA:

 RECLUSO (INFORMAR) SEM RENDA DEPENDENTE (INFORMAR) DEPENDENTE (IN

# 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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: RONALDO SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000014196-3

---

Nr. da Autenticação E6A860C2EDC525D3



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Enzo Garret, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0040304-0

Nº da Nota Fiscal 000863938

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	246	310,99

MARGARIDA MARIA JARDELINO VIGARIO  
R. 87 DE SETEMBRO 181 ALVORADA

CPF: 00046548278304  
CEP: 69.317-138 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34491	Atual: 19/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 34235	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima Leitura: 16/11/2019	Ligaçao: B1
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 11E082942
Consumo médio: 246	Apresentação: 19/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 246	Nº: 11.991.19.87.067888	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUNO	246 A R\$ 0,764602 = 188,09
CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00	0,06
CORR MONETARIA TCD (IG 11/12	2,21
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00	1,75
MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00	2,55
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,61
MULTA POR ATRASO 07/19-00	4,82
PARCELAMENTO DE DEBITO 11/12	65,20
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	3,49
ILUMINACAO PUBLICA	42,14

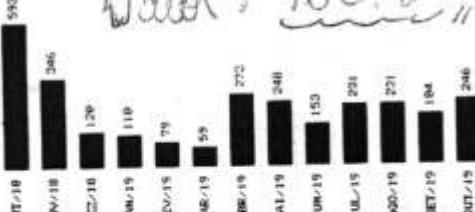
Parcelamento: 65,20  
Desconto de Trâns: 80,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 246 - 0,634628

HISTÓRICO DE MEDICÃO

Média 12 meses:



MENSAGENS  
IMPORTANTES

REAVISO DE  
VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 251,32 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/11/2019 em função das contas reavulsadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavulsada(s) no valor de R\$ 312,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsidere este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16/11/16 21/26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:	
Distribuição: 182,47	Tributos: 5,32	
Transmissão: 48,33	31,97	
0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	Alíquota	Valor
ICMS:	17,00%	31,37
PIS:	0,000000%	0,00
COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

BIC	FIC	DMIC	DCRI
Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal	Mensal

Límite	8,85	17,78	35,48	8,46	16,92	33,64	4,82
Realizado	8,68			8,46	16,92	33,64	4,82

Conjunta	0,68	Período de apuração	0,68	Periodo	75,73
DISTRITO				06/2019	

R\$ 11.991.19.87.067888

**RORAIMA  
ENERGIA**

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

SEU CÓDIGO

0040304-0

MÊS FATURADO

10/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

310,99

VENCIMENTO

06/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

000863938

836200000003 9 10990075000 0 00000000040 6 30401019008 6

**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
 Av. Capitão Enzo Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
 a Roraima Energia,  
 informe este NÚMERO »

**SEU CÓDIGO**  
**0040304-0**

Nº de Nota Fiscal: **003863938**

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>OUTUBRO/2019</b>	<b>06/11/2019</b>	<b>246</b>	<b>310,99</b>

MARGARIDA MARIA JARDELINO VIGARIO  
 R. 07 DE SETEMBRO 181 ALVORADA  
 CPF: 00046546278394  
 CEP: 69.317-188 - BOA VISTA

**DADOS DA LEITURA (KWH)**

Atual: 3449  
 Anterior: 34235  
 Dias de consumo: 32  
 Constante de Multiplicação: 1.000  
 Consumo medido: 246  
 Consumo Faturado: 246

**DATAS DA LEITURA**

Atual: 19/10/2019  
 Anterior: 17/09/2019  
 Próxima leitura: 18/11/2019  
 Emissão: 17/10/2019  
 Apresentação: 19/10/2019  
 R: 11.881.19.87.867988

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo: B  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL  
 Ligeção: B1  
 Número Medidor: 11ED983942  
 Forma de Faturamento: NORMAL  
 Modelidade: CONVENTIONAL

**DESCRÍPCAO DA CONTA**

CONSUMO	246 A R\$ 0,764602 = 188,09
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 07/19-00	0,05
CORR MONETÁRIA TCD (IG 11/12	2,21
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00	1,75
MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00	2,55
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,61
Multa por atraso 07/19-00	4,87
PARCELAMENTO DE DEBITO 11/12	65,28
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	4,49
ILUMINACAO PUBLICA	42,14

Parcelamento: 65,20  
 Restante de Trás: 80,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
 B A 246 - 0,634620

**HISTÓRICO DE MEDAÇÃO**



**MENSAGENS  
IMPORTANTES**

**REAVISO DE  
VENCIMENTO**

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/11/2019 em função das contas reavvisadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavvisada(s) no valor de R\$ 312,87 ( valor histórico ) Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 38%.  
 LIGUE 080007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

**RESERVADO AO FISCO**

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

Energia:	Encargos:
<b>Distribuição:</b> 182,47	Tributos: 5,32
Transmissão: 48,33	31,97
0,00	

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**

Base de Cálculo:	ICMS:	PIB:	COFINS:	IRPF:
188,09	17,00%	17,00%	0,000001	0,000001
		31,97	0,000001	0,000001
			0,000001	0,000001
			0,000001	0,000001

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	DIC	FIC	DMC	DICR
Mensal	8,65	17,78	35,40	8,46

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Realizado	8,65	17,78	35,40	8,46	16,52	33,84

Límite	Mensal	Mensal
Realizado	8,65	17,78

Conjunto	Parcial de abertura	Final
DISTRITO	88.281,95	75,73

R: 11.881.19.87.867988

**RORAIMA  
ENERGIA**

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

**SEU CÓDIGO**

**0040304-0**

**MÊS FATURADO**

**10/2019**

**Nº de Nota Fiscal:**

**TOTAL A PAGAR - R\$**

**310,99**

**VENCIMENTO**

**06/11/2019**

003863938

8362000003 9 10990075000 0 0000000040 6 30401019008 6

MÊS/ANO: 07/2019 VENCIMENTO: 15/08/2019 MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA  
RUA 05, NUM. 00121  
CIDADE SATELITE  
BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO 10	DESCRIÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15437802						
DT.LEITURA ANT. 06/06/2019	DT.LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839	MÉDIA 0						
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 04/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 02/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 01/2019	CONS. 0

DESCRICAÇÃO CONSUMO POR FAIXA VALORES (R\$)

AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		19,06
		0,65

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR 43,74
---	------------------------

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor  
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisaadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



CAER

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221212  
(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&CODIGO=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 \_\_\_\_\_ Raimundo Nonato Silva \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Ronaldo SILVA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade Satélite	Estado	CEP
Email	Boa Vista	RR	69.317-471
nonatosilva638@gmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Novembro de 19  
Local e Data

Raimundo NONATO SILVA

Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (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&CODIGO=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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo Silve Santos inscri  
(a) no CPF sob o Nº 710.118.972 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim  
Ronaldo Silve Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 710118972 / 53 conform  
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro Cidade Satélite	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.317-471
Email <u>nonatosilva638@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (95) 99114-4021	

Boa Vista, RR de Novembro de 19  
 Local e Data

Raimundo NONATO SILVA RB  
 Assinatura do Declarante



Vitor B.

ft Claveul ▷

- CD moldego si.



D

RONALDO SILVA SANTOS

12732

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/11/2019

Cloudoaldo

121.3 %

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMURO

19/11/2019

10:16 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator IDXRADIO/Usuario

- KV - mAs

70000/100%

D

□

510 mm

L 128

W 296

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS

HGR-1218390704

OMBRO

10/11/2019

10:17 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NXR/RAID/X/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



510 mm

L 128

W 256

**Not intended for official interpretation.**

RONALDO SILVA SANTOS  
HGR-1218390704  
OMURO

10/11/2019  
10:25 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operator H/RADIO/Usuario  
- kV, - mAs  
Zoom 100%  
 $\Sigma$

D



□

510 mm

L 128  
W 286



GOVERNO DO AMÉRICA  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOMEL Rauldo Sábia Góis

RECEITURÍA

houve lesão

Poente com fratura de clavícula  
diúita (CID: 862.0) há 26 dias um  
fator muito comum com síndrome do  
golpeada. Lesão da tra (depressão) diaf.  
de aperto muito de humor ósseo deslocada  
cauterizada

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

Assinatura a Criminais

DATA: 06/01/09

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Av Coronel Mário 626 - Centro das Vila RM  
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 34.013.405/0001-00