

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:
2634320520200213101115

Processo 0800135-21.2020.8.23.0047 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0) Vínculos (0)

Realces

Realçar
Movimentos
de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro
MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar
Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem
Arquivo

☐ Hab.
Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
☐	7	13/02/2020 10:11:15 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
7.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2693308CONTESTACAO01.pdf Público 7.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2693308CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
☐	6	12/02/2020 11:52:12 CONCEDIDO O PEDIDO	NILDO INACIO Magistrado
	5	30/01/2020 08:49:13 CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
	4	30/01/2020 08:49:13 RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
	3	30/01/2020 08:49:13 REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	30/01/2020 08:49:13 DISTRIBUÍDO POR SORTEIO Vara Cível Única de Rorainópolis - 1º Titular	SISTEMA CNJ
☐	1	30/01/2020 08:49:13 JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RORAINÓPOLIS/RR

Processo: 08001352120208230047

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 **VANDERLEI LIRA DE SOUSA**, 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 **04/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 11/09/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

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

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

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I, CPC.

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190724273 Cidade: Rorainópolis Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA Data do acidente: 04/09/2019 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA FÍBULA DIREITA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-3-6-8-9-10
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento
faltante:
Apontamento do Laudo
do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Documentos
complementares:
Observações: X

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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.

SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, 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 citação⁷.

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 ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a 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.**

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO 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).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RORAINOPOLIS, 6 de fevereiro 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 GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
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; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VANDERLEI LIRA DE SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **RORAINOPOLIS**, nos autos do Processo nº 08001352120208230047.

Rio de Janeiro, 6 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900128322 04/09/2019 16:21:07 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA TARDE 13-19 32

Paciente VANDERLEI LIRA DE SOUSA Data Nascimento 25/10/1988 Idade 30 A 10 M 10 D CNS CPF 93091478220 Prontuário
Tipo Doc Documento 3176037 Argão Emissor SSP RR Data Emissão Sexo M Estado Civil RAÇA/Cor Parda Naturalidade
Mãe PEDRA LIRA DE SOUSA Endereço RUA - RODOVIA BR 174 - CENTRO - RORAINÓPOLIS - RR Contatos

17:00h → 130/80

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA NÍCIO DE SAÚDE N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal 90/150
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIMENTO URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: JOCILENE RODRIGUES

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Típo Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

História de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente refere que teve acidente de moto e sentiu dor no

Exame Físico LOTA, Glasgow 15, abd. Fratura (exposta)

Diagnóstico Diagnóstico Fratura (exposta) SAGT - Exames Complementares ☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) AVP 500 mg	16/23	
2) SF 0,9% 1.000 ml	16/23	
3) Transfusão (100-5) + SF 0,9% 1.000 ml	16/30	
4) Analgesia com morfina		

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Observação (Ata 24h) ☐ Internação ☐ Data e Hora da Saída/Alta

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Oscar E. Rios Oliveira Clínic Generalista - ROR 1900128322 04 SET 2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAIMÓPOLIS - RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

06/01/78

1) *[Signature]*

2) *[Signature]*

3) *[Signature]*

4) *[Signature]*

5) *[Signature]*

6) *[Signature]*

7) *[Signature]*

Carlos Eduardo de C. Souza
Superior Responsável

hora T. P. R. PA

24 3 9 86 30 144 20

06 36 5 88 90 144 20

[Signature] *[Signature]* *[Signature]*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

LEITO:

Nº REGISTRO:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

Dr. 174 - Km 458

CEP: 69.370-970

RORAIMÓPOLIS

RR

05.370.016
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

06/04/2014

Dr. Tadeu

Dr. Sérgio

Dr. Jefferson

Dr. Jurema

Dr. Tereza

Dr. Cláudio

Dr. CTE

Dr. Bete

Dr. André

Dr. José

Dr. André

14 35,8 71 20 150/60
18 36,7 74 20 150/60
24 35,6 70 20 100/60

06 36,6 71 20 110/70



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

NOME DO PACIENTE:

LEITO: 12

Nº REGISTRO:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/01.000-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

Bt. 174 - Km 458

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

S.M.D.

Quonky

Yas qd

q/n.

Yas qd

Yas qd

Yas qd

Yas qd

Yas qd

Yas qd

Yas qd

Elinalda P. R. Silva
Enfermeira Obstetra
CORREY-PR-037.219

Elinalda P. R. Silva

Yas qd

Yas qd

Yas qd

Yas qd

Yas qd

12	36	80	20	110x70
18	35.7	68	20	110x70
24	36.5	70	19	110x70
06	36.2	65	19	100x70



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

otomara

QUARTO:

LEITO:

12

Nº REGISTRO:

1

NOME DO PACIENTE:

Vandiclei da Silva de Souza

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Marcelo Zeitone

DATA HORA:

08/09/19

PRESCRIÇÃO:

05.370.01610-9
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RR

RORAIMÓPOLIS

RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

1) Bem em vigor

2) Sinal de febre

3) Cefaleia no crânio 12/12/18

4) Bilete 2nd em 6/10/18

5) Transitar 2nd of col. v. o. 12/12/18

6) Bilete 1º em 6/10/18

7) Sinal de febre 6/10/18

8) Bilete 1º em 6/10/18

9) Bilete em 6/10/18. Sinal de febre

10) Bilete em 6/10/18. Sinal de febre

11) Bilete em 6/10/18. Sinal de febre

Marcelo Zeitone
CRM: 1194 TEO: 0895
Roraimópolis



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

020601

QUARTO:

LEITO:

12

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

WILZ TEODORO OLIVEIRA DA SILVA

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

MARCELO TEODORO

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO
BR. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAIMÓPOLIS - RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

08/01/15

1) Desm. da UVE

2) Sal. Heterosíntese

3) Atividade Jrd. e Brinc.

4) S.M. 15.000 6/1 H

5) Cuidados Gerais de Enfermagem.

Evolution -

Paciente submetido a terapia intravenosa sob anestesia tópica.

De 5º período de observação e controle fisiológico foi realizado

monitoramento de estresse. Paciente em internação. Condição: boa

Assimilação com frequência e observações quanto a recuperação

Atividade.

Marcelo Teodoro
CRM: 17.017-0/RR
Trazendo a seguir



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/09/2019

O.S. _____

Urdadei em a São

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Falta 13 meses de vida

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

CIRURGIÃO: Dr. C. Eduardo

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Dr. Aldo

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Aldo

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

*Realizado em sala de cirurgia de emergência
1) Laparoscopia de abdome agudo
2) Ressecção de cistite
3) Desbridamento*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

05/09/2019

O.S. _____

Vanderlei Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Este do abd + FCC por O

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Superfície e endoscopia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 403
CEP: 69.370-970

ROBINÓPOLIS

CIRURGIÃO:

P.A. Edwards

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

Relato do MMH pelo Dr. Edwards

1. Exame de abdome em MMH

2. Exame de abdome em MMH

3. Exame de abdome em MMH - Retirada de material - Periclitom
cap art - abd

4. Exame de abdome em MMH

5. Exame de abdome em MMH

Dr. Eduardo de C. Oliveira
Coordenador de Cirurgia
CRM 10.000



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Vanderlei Lima de Sousa</i>		APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA <i>04/09/79</i>
CIRURGIA				
TIPO <i>Limpeza Cirurgica</i>		TEMPO DE DURAÇÃO INÍCIO <i>17:10</i> FIM <i>18:15</i> TEMPO TOT		
CIRURGIÃO <i>Dr. Corbex</i>		EQUIPE MÉDICA		
1° AUXILIAR		ANESTESISTA <i>Dr. Claudio</i>		
2° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR <i>Dr. Corniba</i>		
3° AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Lucete</i>		
TIPO DE ANESTESIA <i>Raume</i>				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	TEMPO DE DURAÇÃO
01	CATGUT SIMPLES N° <i>Ucril</i>			MEDICAMENTOS
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc
	CATGUT N°			FRASCO SORO
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		01	XILOCAÍNA <i>Bupivacaina</i> %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		01	FLAXEDIL
	FIOS DE SEDA N°		02	FLUOTHANE <i>chloridino</i>
06	FIOS DE ALGODÃO N°			PENTRANE
	MONONYLON COM AGULHA			ENTRANE <i>Amp + sub</i>
	MONONYLON SEM AGULHA			ÉTER
03	UNIDADES DE GAZE			ATROPINA
	PARES DE LUVAS N°			PROSTGMINE
	EQUIPOS PARA SORO			THIONEMBUTA
	ROLOS DE ESPARADRAPO			MARCAÍNA
	DRENOS N°			INOVAL
01	SONDAS N°			GLICOSE %
20	AGULHAS			ÁGUA OXIGENADA
01	COMPRESSAS			MERTHIOLATE
	LÂMINAS PARA BISTURI			MERCÚRIO CROMO
				<i>20ml chloradine</i>
SOMA			SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		VALOR
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		SUB-TOTAL
TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA				SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				

D



VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

49492
Masculino

25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO

D



VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

49491
Masculino

25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1412053336

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1412053336



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
E PATRIMÔNIO NACIONAL DE BRASÍLIA
ARTES NA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

R

Nome
VANDERLEI LIMA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / DATA EMISSÃO
3176037 SSP RR

CPF
930.918.782-20

DATA DO NASCIMENTO
25/10/1988

RAÇÃO
JOMARIN JOSE DE SOUZA

ENDEREÇO
RUA LIMA DE SOUZA

RECEBIDO
Nº
Nº

RG
05579789150

VALIDADEZ
03/08/2020

VALIDADEZ
10/03/2016

CONDIÇÃO
ZAR

Vanderlei de Souza

Assinatura do titular

LOCAL
RUA VISTA - NORALIA

DATA DE EMISSÃO
18/03/2017

SS409000000
SS00184922

RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO			
	DOC. IDENTIDADE / CRL EMISSOR/LF 14B994 SSP RR		
	CPF 606.934.792-72	DATA NASCIM. 23/12/1976	
	FILIAÇÃO JOSE FERREIRA DO NASCIMENTO JURACY SOUSA DO NASCIMENTO		
	PENSIÃO PREVIDENCIÁRIO	ACC PREVIDENCIÁRIO	CAT. HAB. A/B
Nº REGISTRO 0110196953	VÁLIDE 14/01/2020	1ª HABILITAÇÃO 17/12/1999	
OBSERVAÇÕES			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 15/01/2015		
 JOSCELINE KUNTZCHEN PEREIRA DIRETOR PRESTADO		10964911290 RR207911720	
ASSINATURA DO EMISSOR			
DETTRAN-RR (RORAIMA)			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980131278

PROIBIDO PLASTIFICAR

980131278

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013161079891

VIA: 01 0113698079 RATERC: EXERCÍCIO: 2019

SHEILA GONCALVES DA SILVA

RR

010.894.662-26

PLACA: MAR1143

FLACA ANT / UF

902KC2210HR007284

CHASSI

PAS/MOT/VEÍCULO/MARCA

ALCO/IBASOL

COMBUSTÍVEL

HONDA/CG 160 TITAN EX

MARCA/ MODELO

ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2017

21/016/CL

CATEGORIA

COB. PREDOMINANTE

11/016/CL

PARTE

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

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

RR Nº 013161079891 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 16/04/2019

VIA: 01 010.894.662-26

PLACA: MAR1143

0113698079

CHASSI

902KC2210HR007284

HONDA/CG 160 TITAN EX

MARCA/ MODELO

ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2017

21/016/CL

CATEGORIA

COB. PREDOMINANTE

11/016/CL

PARTE

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

11/016/CL

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC / COTAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472521/19

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

CPF: 930.914.782-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VANDERLEI LIRA DE SOUSA : 930.914.782-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724273 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-3-6-8-9-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724273 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-3-6-8-9-10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472521/19

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

CPF: 930.914.782-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

VANDERLEI LIRA DE SOUSA : 930.914.782-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724273

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724273

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDERLEI LIRA DE SOUSA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **VANDERLEI LIRA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000001383-8**

Conta: **000000822046-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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:

930.914.782-20

4 - Nome completo da vítima:

Vanderlei Lima de Sousa

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

5 - Nome completo:

Vanderlei Lima de Sousa

6 - CPF:

930.914.782-20

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

Rua: 40350, 60-32, lote: 34

11 - Bairro:

Novo Horizonte

12 - Cidade:

Porciúncula

15 - E-mail:

francisco.sousa@netmail.com

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

09-373-000

16 - Tel.(DDD):

(95) 99131-1149

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1383

8

CONTA:

082.2046

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Porciúncula-RP, 30 de novembro de 2019.

Vanderlei Lima de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS
"Seu primeiro instrumento de cidadania"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

1432/19

DATA: 11/09/2019

HORA: 15:08hs

ATENDENTE:

WENDEL FERNANDES SOARES

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES DA SILVA

DATA: 04/09/2019

LOCAL:

AV. AYRTON SENA EM FRENTE A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL RORAINÓPOLIS.

HORA: 16:10hs

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

NOME: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1989

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PAI: JOAQUIM JOSÉ DE SOUSA

GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: RUA-ARARA AZUL Nº30, PARQUE AMAZONIA RORAINÓPOLIS.

TELEFONE: 95 99143-4659

REFERÊNCIA

DADOS DA VÍTIMA

RG: 3176037 SSP/RR

CPF: 930.914.782-20

IDADE: 29, ANOS

SEXO: MASCULINO

CIDADE:

MÃE:

PEDRA LIRA DE SOUSA

UF:

CÓDIGO

1001/1003

INFRAÇÃO

TRÂNSITO

DESCRIÇÃO

ACI. TRÂ. LES. COR. DAN. MAT

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que trafegava na Av. Ayrton Sena sentido bairro centro conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 160 TITAN EX 2016, RENAVAL-01113698079, Chassis:9C2KC2210HR007284, COR PRETA PLACA NAR-1143 RR, em nome de SHEILA GONÇALVES DA SILVA, relata que estava a sua frente uma motocicleta HONDA/CG 125 CARGO ES 2013, COR BRANCA RENAVAL-0049705400, Chassis:9C2JC4140DR500508, PLACA NUI-3849 RR em nome de DISK GAS E ÁGUA LTDA EPP, conduzida por um indivíduo identificado por JAIZINHO, que puxava uma carrocinha, relata que repentinamente a carrocinha que a motocicleta a sua frente estava puxando se soltou vindo de encontro com a motocicleta do comunicante que não teve como frear a tempo pois estava próximo vindo a colidir na motocicleta causando lesão corporal grave no comunicante resultando na queda, que o comunicante foi socorrido por uma VTR da Policia Civil que passava no momento do sinistro e deu socorro ao mesmo que foi encaminhado ao PSE local para procedimentos médicos. Registrasse para fins de seguro DPVAT.

E o que tem a relatar.

Tabelionato de Notas e Protestos do Estado de Roraima
FTIQUETA NO VERSO →

WENDEL FERNANDES SOARES
AGENTE DE POLÍCIA

Vanderlei Lira de Sousa
VANDERLEI LIRA DE SOUSA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ Art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Policia Civil
Testemunhas: _____
() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, Data ____/____/____, Horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.
O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro do AS: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

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

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, a veracidade das informações acima informadas, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDEVIDUADA ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDEVIDUADA (PAIS, CURADOR, TUTOR) ☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para menores de idade e incapazes) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os casos) ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1383 8 CONTA: 082.2046 8 AGÊNCIA: CONTA: Nome do BANCO: (Informe o código do banco) (Informe o código do banco) (Informe o código do banco) (Informe o código do banco)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar a conta bancária informada, de acordo com a titularidade, o valor da indenização e reembolso do Seguro DPVAT e que eu não tenho, reconhecendo a dívida, desde já o pagamento após a elevação em crédito, a cobrança total do valor recebido.

22 - DEB. AVALIAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de concessão de laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do acidente.

Solicito o preenchimento da análise com o laudo do IML, por meio de perito da Seguradora LIDER, com base em documentação médica apresentada, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo. Declaro que esta autorização não significa a prévia avaliação com a LIDER a avaliação médica ou a renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Outros: 24 - Nome da esposa ou companheira: 25 - Gênero (se for diferente de homem): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheira(o), preencha o nome completo: 27 - Se a vítima deixou companheira(o), preencha o nome completo: 28 - Vítima trabalhava? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima trabalhava, informe: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima trabalhava, informe: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima trabalhava, informe: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima trabalhava, informe: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima deixou filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não 34 - Se a vítima deixou filhos, informe: ☐ Sim ☐ Não

Estou declarando que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarão esta condição, entendendo, ainda, de qualquer que conste na declaração não verdadeira, responder a qualquer ação judicial por valor recebido, o dano e responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome e legível de quem assina o pedido (a roça): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a roça): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a roça): 38 - 1ª - Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª - Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (datilografar): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Funcionário (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TÍTULOS E IMPRIMAS

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	VANDERLEI LIRA DE SOUSA
----------	-------------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	01383-8
----------	---------

CONTA:	000000822046-8
--------	----------------

Nr. Autenticação

BRABESCO090120200500000000002370138300000082204694500 PAGO



Para controle
cópia do infome
este número

SEU CÓDIGO

0146207-5

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003371469

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	16/08/2019	161	143,94

EDINAURA SOUSA DE PAIVA

R. A 0350 QD 32 LOTE 31 NOVO HORIZONTE

CPF: 00000980074320

CEP: 69.373-000 - RORAINÓPOLIS

ROT: 518.069.18.16.025650

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4328	Atual:	31/07/2019
Anterior:	4167	Anterior:	29/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	30/08/2019
Consumo Medido:	161	Emissão:	30/07/2019
Consumo Faturado:	161	Aprovação:	31/07/2019
NORMAL		32	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	NOVO	100006884		1.1.1.1	135

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 144	CONSUMO 161 A R\$ 0,764602 = 123,10
MAI/19 115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,84
ABR/19 138	
MAR/19 126	
FEV/19 123	
JAN/19 148	
DEZ/18 148	
NOV/18 150	
OUT/18 168	
SET/18 136	
TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA D E T E - 0,534220	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800/019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 7BAD.6446.283A.88B7.0070.D9C8.543E.C293

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Distribuição:	31,63	Base de Cálculo:	123,10
Energia:	67,07	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	20,92
Encargos:	3,48	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	20,92	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00

05/2019 0,00

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4005360

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882, LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-OCT-19 a 11-NOV-19
CONSUMO (kWh) 469	VENCIMENTO 01-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.550700750007.000000001040.065011190058



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vanderlei Lima de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 930.914.782 / 20
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade Permanente da Vítima Vanderlei Lima de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 930.914.782 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

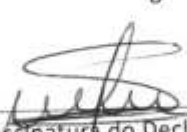
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			CEP:	69.317-492
				Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR 17 de dezembro de 2019.


Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Sheila Gonçalves da Silva
RG nº 352850-2, data de expedição 30/10/2006
Órgão Itaituba - PA, portador do CPF nº 010.894.662-26
com domicílio na cidade de Rorainópolis, no Estado de Roraima
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Amador - Campolândia SIN, nº SIN
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Vanderlei Lira de Sousa, cujo o condutor era
Vanderlei Lira de Sousa
Veículo: moto Modelo: Honda / CG 160 Titan 8x Ano: 2016
Placa: NAR JJ43 Chassi: 9C2KC2210HR007284
Data do Acidente: 04/09/19

Local e Data

Rorainópolis 18/09/2019



Sheila Gonçalves da Silva

Assinatura do Declarante

Vanderlei Lira de Sousa

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO
DE NOTAS E PROTESTOS
18060000-0000

tabroraipolis@gmail.com 55 96 3238 2068
Av. Dr. Roraima, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.272-000

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1) VANDERLEI LIRA DE SOUSA, (2) SHEILA GONÇALVES DA SILVA
Rorainópolis, 18 de setembro de 2019. Emolumentos: R\$ 6,20 +
taxa R\$ 0,00 - Total: R\$ 6,20

KOSILENE GOMES DE LIMA - Escrevente Autorizada

- VALOR SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS -