

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2637529320200217094553**

## Processo 0803842-11.2020.8.23.0010 ★ - (11 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**

<input checked="" type="checkbox"/> Realçar	<input type="checkbox"/> Magistrado	<input type="checkbox"/> Servidor	<input type="checkbox"/> Advogado	<input checked="" type="checkbox"/> Membro MP	<input type="checkbox"/> Defensor	<input checked="" type="checkbox"/> Procurador	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Audiência
<input checked="" type="checkbox"/> Movimentos de:	<input type="checkbox"/> Inválidos	<input type="checkbox"/> Sem Arquivo	<input type="checkbox"/> Hab. Provisória					

**Filtros**

<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"/>	<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"/>						

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
-	9 17/02/2020 09:45:53	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO Público
		9.2 Arquivo: docs	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO Público
		9.3 Arquivo: kit seguradora lider	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO Público
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de ELTON MOREIRA BARBOSA) em 17/02/2020 com prazo de 5 dias úteis	
8	17/02/2020 00:04:39	*Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	06/02/2020 11:03:22	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de ELTON MOREIRA BARBOSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (06/02/2020)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
+	6 06/02/2020 10:14:37	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	05/02/2020 18:00:06	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
4	05/02/2020 18:00:06	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
3	05/02/2020 18:00:06	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	05/02/2020 18:00:06	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
+	1 05/02/2020 18:00:05	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

**Processo:** 08038421120208230010

#### AUSÊNCIA DE COBERTURA

**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 **ELTON MOREIRA BARBOSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

#### CONTESTAÇÃO

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

#### BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **12/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora não comprova qualquer acompanhamento ou tratamento médico que seja capaz de atestar a alega invalidez permanente.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

## **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

## **DO MÉRITO**

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

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

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

---

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

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

<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.

#### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

#### **AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS**

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

**Em contrapartida, verifica se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.**

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

#### **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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), após a regulação do sinistro.

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612735 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA Data do acidente: 12/02/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 12/02/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:

**BANCO DO BRASIL**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA  
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2020  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ELTON MOREIRA BARBOSA

BANCO: 001  
AGÊNCIA: 00250-X  
CONTA: 000010061911-8

---

Nr. da Autenticação E783DA983C2B22E3

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>5</sup> SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

---

<sup>7</sup> art. 1º. (...)

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

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, 11 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.

## 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 **ELTON MOREIRA BARBOSA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08038421120208230010.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro 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





Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Eno Góez, 881 - 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 impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Para contato  
conosco informe  
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Nº da Nota Fiscal 003319917

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTAMES

VENCIMENTO

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

JULHO/2019

11/08/2019

196

192,41

LOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS  
CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA

	kWh	kVArh
Atual	27732	
Anterior	27536	
Constante de Multiplicação	1,000	
Consumo Médio	196	FCAH
Consumo Faturado	196	

DATAS DA LEITURA

Atual	25/07/2019
Anterior	24/06/2019
Próxima Leitura:	25/08/2019
Emissão:	24/07/2019
Apresentação:	25/07/2019

NORMAL

31

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

TIPO DE CONSUMO

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pct.	Mês 12 meses
BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

JUN/19 158

MAI/19 100

ABR/19 178

MAR/19 263

FEV/19 237

JAN/19 231

DEZ/18 209

NOV/18 370

OUT/18 345

SET/18 246

TOTAL SEM IMPUTOS:

196 - 0,54602

DESCRIPÇÃO DA CONTA

CONSUMO	196 A R\$ 0,764602 =	149,86
ILUMINACAO PUBLICA		42,55

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ 06/2019 164,28

Notificação de consumo subtil à suspeita do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/08/2019, em função das contas residenciais neste fatura, o não pagamento poderá ensejar penalizações incluindo nome do consumidor no SEMPRE. Informando assim a utilização correta e vencida(s) e já revisada(s) no valor de R\$ 22,90 (valor histórico). Caso tenha erroudo o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9E73.38C8.904F.5C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	38,51
Energia:	81,64
Transmissão:	0,00
Encargos:	4,24
Tributos:	25,47

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	149,86
Aliquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	25,47
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99  
8,80 16,00 1,55

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Eno Góez 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

8368000001 7 92410075000 0 0000000108 1 91530719008 1



SEU CÓDIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

192,41

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

11/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003319917

FCAH

24 OUT. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04  
 SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ellon Moreira Barbosa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 546.806.412-49

do sinistro de DPVAT cobertura Imedeldeg

da Vítima Ellon Moreira Barbosa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 546.806.412-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

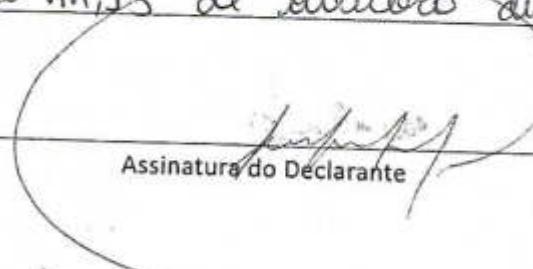
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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:	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buceta</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>Iloirra@hotmail.com</u>			Tel.(DDD):

Local e Data: Boa Vista-RR, 13 de outubro de 2019

  
 Assinatura do Declarante

**30 OUT. 2019**

*Merci*

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

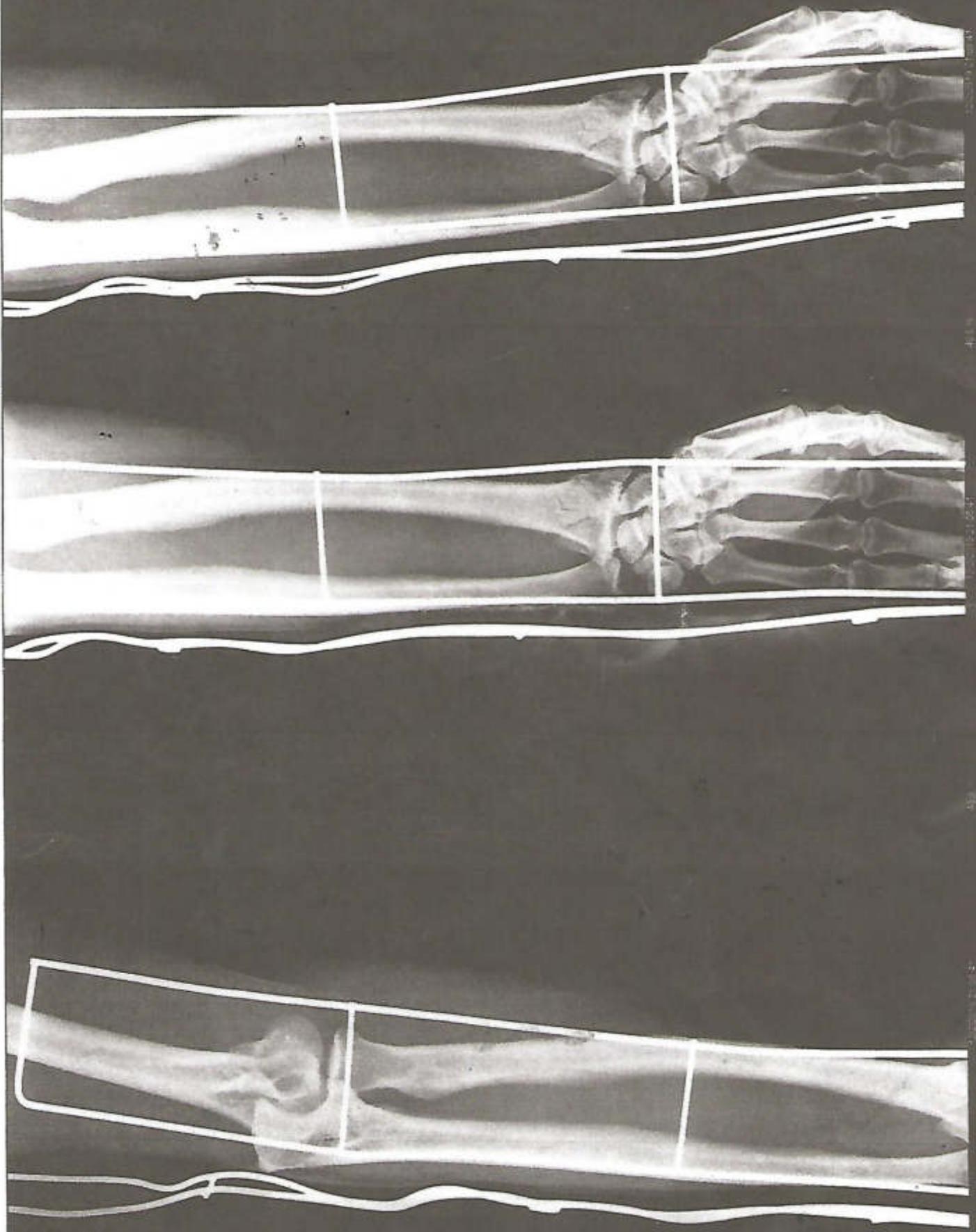
1<sup>a</sup> Classificação Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

1901072008	12/02/2019 20:20:53	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 12
Paciente <b>ELTON MOREIRA BARBOSA</b> Tipo Doc. IDENTIDADE Documento 136702		Data Nascimento 07/01/1978	Idade 41 A 1 M 5.D	CNS 702102799275397	CPF 07 Prontuário 57680671249
Órgão Emissor SESP/RR		Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARD	Naturalidade MANAUS - AM	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe GRAÇA MARIA MOREIRA BARBOSA		Paiz JOSE MILTON THOME BARBOSA	Contato (95) 99145-8878		Ocupação NÃO INFORMADA
Endereço RUA - ARMENIO SANTOS - 45 - PEROLA - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>ALEXSANDRO.PEREIRA</b>	
Queixa Principal <i>de alteração</i>	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <i>11h</i>					
Exame Físico <i>Seco, ligeiro, sem dor</i>					
Hipótese Diagnóstica <i>Perdido em moto / Fratura</i>					
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO <i>Diferença</i>		APRAZAMENTO <i>25/02/2019</i>		OBSERVAÇÃO <i>paciente</i>	
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>orthopedic</i>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: <i>25/02/2019</i>				
Óbito Antes do 1º Atendimento? ( <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: ( <input type="checkbox"/> Família <i>Medicina, Radiologia, Anatomia Patológica</i> )				
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico <i>30 OUT. 2019</i>				
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 12/02/2019 20:22:49					





D

ELTON MOREIRA BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TRI MANOEL EDSON

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**114807**

28/08/2017

**JOAQUIM INACIO DE SOUZA**

JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO  
CONTRÍA INACIO DE OLIVEIRA

CATANDUVAS - PR

CERTIDÃO AVERB DIVORCIO 576 FLS 276 LIV B-02  
SÃO LUIZ - RR

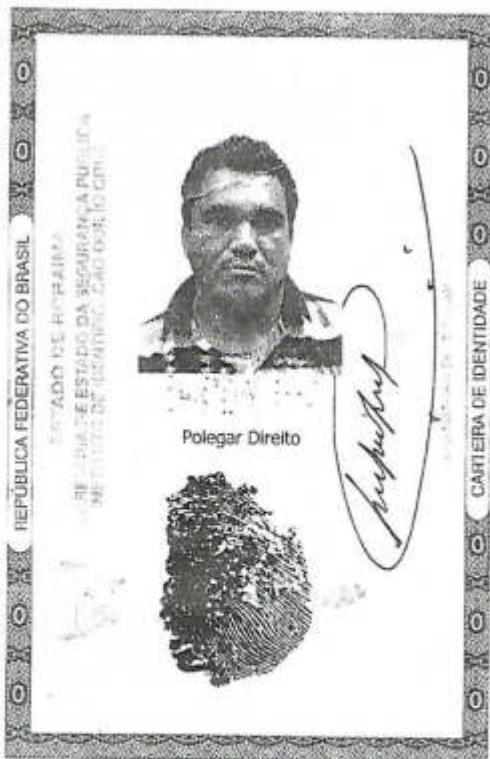
383.051.512-04

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Presidente do Conselho de Políticas Cívicas e Sociais

2a VIA

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



30 OUT. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190612735      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELTON MOREIRA BARBOSA      **Data do acidente:** 12/02/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1(ANEXO)

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	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: 3190612735 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA Data do acidente: 12/02/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 27/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

30 OUT. 2019

## OUTORGANTE

NOME: ELTON MOREIRA BARBOSA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PÚBLICO  
IDENTIDADE: 136.702 SSP/PR  
ENDEREÇO: RUA: AZEVEDO SANTOS 45 AIRTON ROCHA

QUITORGADO

NOME: FLOR INACIO DE SOUZA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
PROFISSÃO: AUTONOMO  
IDENTIDADE: 114807558122  
ENDEREÇO: RUA ANTONIO P. GOMES 1832 BURITIS

Pelo presente instrumento Particular de Procuraçao, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12 / 02 / 2019, cobertura Incidentes, vítima: Elton Moreira Batista.

Boa Vista - RR, 15 de maio 2019

## LOCAL E DATA

### **ASSINATURA DO OUTORGANTE**

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379892/19

Número do Sinistro: 3190612735

Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

CPF: 576.806.712-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/02/2019

ELTON MOREIRA  
BARBOSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**ELTON MOREIRA BARBOSA : 576.806.712-49**

Autorização de pagamento

## 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: 09/12/2019  
Nome: ELTON MOREIRA BARBOSA  
CPF: 576.806.712-49

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

---

ELTON MOREIRA BARBOSA

---

MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379892/19

Número do Sinistro: 3190612735

Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA

CPF: 576.806.712-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/02/2019

ELTON MOREIRA  
BARBOSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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: 20/12/2019  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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, 31 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612735**

**Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 12/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA**

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, 01 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612735**

**Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 12/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 03 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612735**

**Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 12/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 11 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190612735**

**Vítima: ELTON MOREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 12/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA**

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

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 13 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190612735** Vítima: **ELTON MOREIRA BARBOSA**

Data do Acidente: 12/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELTON MOREIRA BARBOSA**

Informamos que o pagamento da im

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ELTON MOREIRA BARBOSA**

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010061911-8

Tipo: **CONTA POUPANCA**

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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 Lider 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: 546.806.432-49 4 - Nome completo da vítima: Elton Moreira Barboza

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

5 - Nome completo:	Elton Moreira Barboza	6 - CPF:	546.806.432-49
7 - Profissão:	Funcionário Público	8 - Endereço:	Rua: Avenida Santos
11 - Bairro:	Auden Rocha	12 - Cidade:	Bea Vista
13 - Estado:	RR	14 - CEP:	
15 - E-mail:	eltonrrocha@hotmail.com	16 - Tel.(DDD):	(69) 9954-4282

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"/> RECUZO 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 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: 0250

CONTA: 63932

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasdutoro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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

Impressão digital da vítima na testemunha carimbada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, *Rua Vista - RR, 25/10/2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Elton Moreira Barboza*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003424/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/02/2019 20:58 Data/Hora Fim: 12/02/2019 21:10  
Origem: Polícia Militar, Nº do Documento: 06409  
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 12/02/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) -  
Logradouro: AV: dos Trabalhadores/Tepequem

Bairro: Dr. Airton Rocha  
Nº: 1288

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: ELTON MOREIRA BARBOSA (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino  
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 136702

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Armênio Santos Nº: 45  
Bairro: Airton Rocha

**Nome Civil: ALEXANDRE PEREIRA (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino  
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4242890

30 OUT. 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Tepequem Nº: 124  
Bairro: Airton Rocha

**Razão Social: PÓLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE )**

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Márcio Viana

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003424/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O TOP PM narra o seguinte fato: Comunico-vos, que fomos acionados via CIOPS, para atendimento de ocorrência de Trânsito envolvendo duas motocicletas, e uma vítima no local, ao chegarmos no endereço acima citado encontramos a vítima o Sr. ELTON recebendo atendimento de primeiro socorros da Equipe do SAMU, e a VTR H03, no local apoando, segundo relato da vítima que conduzia a motocicleta YAMANHA YBR FACTOR, na cor Branca de Placa NAV-1421, que trafegava na Av. Dos Trabalhadores Sentido BR, quando foi colida pela motocicleta Honda XLR 125, na cor Azul, Placa NAI-1677, conduzida pelo envolvido Sr. ALEXANDRE, que trafegava na Av. Dos Trabalhadores sentido rua Tepéquem, e ao fazer a conversão a esquerda momento em que houve a colisão. Não houve perícia no local, devido às motocicletas terem sido retiradas da via antes da chegada da Guarnição. A vítima foi removida pela Equipe do SAMU, pois se queixava de fortes dores no braço direito. As motocicletas foram liberadas no local com suas documentações em dias. O cruzamento das vias possui sinalização e placas de sinalização, e tendo como preferencial Av. Dos trabalhadores. Diante da ocorrência de trânsito apresento este ROP PM, para providências cabíveis. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

José Roberto Costa Alencar

Agente Carcerário

Matrícula 42000674

Responsável pelo Atendimento

Policia Militar de Roraima

(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 Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAI  
03/11/2019  
AGENTE DE PÓLICIA  
CONFIRMADO

30 OUT. 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:

3 - CPF da vítima:

516.806.432-49

4 - Nome completo da vítima:

Etilen Moreira Barbosa

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

5 - Nome completo:

Etilen Moreira Barbosa

6 - CPF:

546.806.432-49

7 - Profissão:

Funcionário Público

8 - Endereço:

- Rua: Armerio Santos

9 - Número:

49

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Avlon Rocha

12 - Cidade:

Bea Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

15 - E-mail:

EtilenMoreira@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(65) 99354-4282

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0250

CONTA: 61931

(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)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## 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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velho nascer)?  Sim Não31 - Vítima teve irmãos?  Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim Não

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

34

Imprevisto  
legítima  
defesa  
beneficiário  
do beneficiado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bitten Moreira Barbosa

30 OUT. 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ELTON MOREIRA BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010061911-8

---

Nr. da Autenticação E783DA983C2B22E3